

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e diabetes na ESF
Mãe Dita, Demerval Lobão/PI**

Rolando Manuel Domínguez Padrón

Pelotas, 2015

Rolando Manuel Domínguez Padrón

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e diabetes
na ESF Mãe Dita, Demerval Lobão/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Amanda Ramalho Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P124m Padrón, Rolando Manuel Domínguez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes na ESF Mãe Dita, Demerval Lobão/PI / Rolando Manuel Domínguez Padrón; Amanda Ramalho Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Amanda Ramalho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família, por sua capacidade de acreditar em e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me impulsionaram a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta intervenção.

Resumo

PADRON, Rolando Manuel Dominguez. Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e diabetes na ESF Mãe Dita, Demerval Lobão/PI. 2015. x f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Neste contexto, o acompanhamento demonstra ser uma importante estratégia de controle destas condições de saúde. A população com Hipertensão Arterial Sistêmica estimada é de 526 usuários, entretanto existem 358 usuários cadastrados, o que representa 68% da população adstrita, quanto aos diabéticos a estimativa é de 150 usuários existindo somente 77 pessoas diagnosticadas, o que representa uma cobertura de 51%. Por tudo isso nosso objetivo geral foi melhorar a qualidade da atenção dos pacientes hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde Mãe Dita do Município Demerval Lobão no Estado do Piauí. Realizamos uma intervenção com duração de 13 semanas. A fim de melhorar a assistência as pessoas, desenvolvemos capacitações com os profissionais atuantes, ações educativas com a comunidade, melhoria dos registros, visitas domiciliares, busca de faltosos, incremento na qualidade das consultas e melhoria no acompanhamento odontológico. Após a o período da intervenção chegamos a 436 hipertensos cadastrados, representando 82.9 % dos hipertensos da área de abrangência, já quanto aos diabéticos houve 108 usuários acompanhados durante a intervenção 72% dos diabéticos. As necessidades de atendimento odontológico dos usuários diabéticos também ficaram muito baixas. No primeiro mês foram 12 diabéticos (63.2%), no segundo mês 25 (53.2%), no terceiro mês foram 42 (40%) totalizando 43 (39.8%) no quarto mês. Porque em nossa UBS sooo contamos com uma cadeira odontológica e trabalhamos 3 equipes de saúde, outra dificuldade que temos e que não todos os usuários encaminhados as consultas assistem. O trabalho foi bem recebido pela comunidade, os usuários participaram ativamente nas ações realizadas, fóruns avaliados enquanto a riscos de doenças crônicas e receberam orientações positivas para o cuidado da sua saúde.

O serviço na UBS melhorou positivamente, pois ficou mais organizado enquanto a acolhimento, qualidade dos arquivos específicos e prontuários clínicos. A equipe de saúde agora

trabalha com mais unidade e responsabilidade logo das capacitações recebidas e a experiência adquirida ao longo do projeto.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doenças Crônicas; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	60
Figura 2	Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.	60
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia.	61
Figura 4	Gráfico de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia.	62
Figura 5	Proporção de pacientes hipertensos com exames complementares ao dia.	63
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	63
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA	64
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA.	65
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	67
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	68
Figura 13	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	68
Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	69
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.	70
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	71

Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo.	72
Figura 18	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	73
Figura 19	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

UNASUS	Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Ufpel	Universidade Federal De Pelotas
ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DUM	Data da Última Menstruação
DPP	Data Provável do Parto
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma vírus humano
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RX	Raios-X
US	Ultrassom
UBS	Unidade Basica de Saúde

Sumário

Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão	73
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	82
Apêndices.....	83
Anexos	87

Apresentação

Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família – modalidade de ensino à distância (EaD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPel/UNASUS).

O volume está organizado nas seguintes unidades de trabalho: análise situacional, análise estratégica, relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para os gestores, relatório da intervenção para a comunidade, reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, as referências bibliográficas e os anexos.

O volume trata de uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção a pessoas com hipertensão e diabetes na UBS Mãe Dita, no município de Demerval Lobão/PI. A análise situacional descreve de forma geral o município ao qual pertence à unidade e, ainda a descrição da unidade e os profissionais que formam parte da equipe de saúde.

Na análise estratégica desenhamos os objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, enfatizando em cada um destes elementos, sendo definidos os objetivos, metas, indicadores, ações e logística para desenvolver a intervenção.

No relatório da intervenção fazemos uma análise das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por último, uma análise da viabilidade da incorporação à rotina do serviço das ações previstas no projeto.

Na avaliação da intervenção são apresentados a discussão e os resultados obtidos durante a mesma. No relatório da intervenção para os gestores e comunidade fazemos um relato dos pontos mais importantes enfatizando as ações que foram e que não foram desenvolvidas na intervenção, assim como um resumo em que se apresenta a realidade anterior e após a intervenção realizada.

Ao final, fizemos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem relacionado com a intervenção e com os demais conteúdos do curso. Por último apresentamos nos anexos os instrumentos utilizados para desenvolver a intervenção e as referências bibliográficas.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O trabalho será desenvolvido no interior do município de Demerval Lobão, Piauí na UBS Mae Dita, esta conta com uma população de 826 habitantes com 113 famílias cadastradas. Desta temos 18 gestantes e 34 crianças cadastradas, todas com realização de acompanhamento e controle da situação de saúde, conforme as orientações dos programas do Ministério da Saúde. A maior parte da população é alfabetizada e tem um índice de violência baixo. A estrutura da USB é boa, os consultórios têm um bom espaço para realização dos atendimentos aos usuários. Contamos com uma recepção, consultório médico, de enfermagem, sala de vacina, um consultório de odontologia, sala de curativo, dois banheiros e uma copa.

A equipe está composta por um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, temos uma dentista, técnica de saúde bucal, quatro agentes comunitárias de saúde e uma auxiliar da limpeza.

A equipe faz reuniões mensais onde é discutido o cronograma de trabalho do próximo mês como as consultas de atendimento geral e por grupos priorizados, as visitas domiciliares, atividades de prevenção e promoção de saúde onde esclarecer hábitos saudáveis, orientações quanto aos malefícios em relação ao uso de drogas, álcool, tabagismo, medidas de proteção para os trabalhadores rurais, atualizações do esquema de vacinação, tratamento da água e orientações nutricionais com ajuda da nutricionista.

Os problemas mais prevalentes são gravidez na adolescência, a equipe trabalha com as adolescentes fazemos palestras explicando a importância do uso de

anticoncepcional e de sexo com proteção, planejamento familiar mediante rodas de conversa escolas de ensino fundamental com a participação dos professores e a direção da escola. Temos dificuldade com as referências e contra referências dos pacientes que são hospitalizados ou atendidos pelos especialistas.

Os casos que requerem ser avaliados por especialidades fazemos encaminhamento e as consultas são previamente agendadas pela Secretaria de Saúde. Nossa equipe trabalha em conjunto nas consultas com atendimento por demanda espontânea, a técnica de enfermagem faz uma classificação dos usuários que necessitam de atendimento priorizado como idosos, gestantes, crianças com febre ou outra doença.

Fazemos atividades educativas, de duas a três palestras mensais com os grupos formados em nossa área e na escola, também fazemos oficinas com a participação da equipe de saúde. As visitas são realizadas em conjunto com a enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitário. Visitamos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, gestantes, puérperas, crianças menores de um ano, usuários acamados, idosos que não podem chegar a nossa unidade básica de saúde. Oferecemos auxílio e medicamentos quando necessário.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Demerval Lobão situa-se a 33 km ha sudeste de Teresina, tem uma extensão territorial de 216,8 km², consta com 13274 habitantes, destes 10873 são da população urbana e 2401 de população rural, com uma densidade demográfica de 61,2 habitantes por km². Nosso município consta com cinco UBS, três na zona urbana, a maior UBS do município é a UBS Mãe Dita, com 3 equipes de saúde nesta será realizada nossa intervenção, e duas 2 UBS situadas em zona rural, contamos com disponibilidade de NASF.

O Município conta com um hospital, existem médicos que ficam de plantão 24 horas, prestando serviço de urgências e internação aos usuários que precisarem do serviço e aqueles que são encaminhados das unidades de saúde, também contamos com disponibilidade de exames complementares: Hemograma, glicemia,

lipidograma, exame de urina e parasitológico de fezes disponíveis para toda a população, com o tempo de espera de realização de 20 minutos e com chegada dos resultados em 7 dias, mais ainda precisamos serviços de exames complementares mais complexos como US, RX, HIV, Toxoplasmose, os quais são feitos por encaminhamentos a Teresina. Não temos serviço de SAMU, os encaminhamentos são feitos com transportação própria do Município, 1 ambulância na UBS e outra no Hospital. Não contamos com atenção especializada, todas as consultas com especialistas são feitas em Teresina através de encaminhamentos.

A UBS Mãe Dita, onde será realizada a intervenção, é urbana, possui em sua área de abrangência uma população de 8568 habitantes, possui três equipes de saúde. A equipe que realizará a intervenção é a equipe 3, esta possui uma população de 2623 habitantes é formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cinco agentes de saúde.

As demais equipes são: equipe 1 que tem uma população geral de 2870 habitantes, formado por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cinco agentes de saúde, e equipe número 2 que tem uma população de 3070 habitantes, sendo formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes de saúde. Nossa UBS tem vínculos com instituições de ensino da forma tradicional, existe uma professora fisioterapeuta que imparte aula para uma turma de estudantes da especialização, as aulas tem uma frequência de três vezes por semana.

Nossa UBS fica no centro do município facilitando o acesso dos usuários, consta com uma boa estrutura física formada por: recepção, salão principal, dois consultórios médicos, duas salas de enfermagem, uma sala de reunião, um consultório odontológico, sala de vacinação, sala de curativos, sala de teste do pezinho, sala de informática, direção, copa, sala de prontuários, lixo, medicamentos e banheiros.

A pesar desta estrutura nossa UBS tem deficiências porque nelas ficam três equipes de saúde e só contamos com dois consultórios médicos, duas salas de enfermagem, um consultório odontológico com apenas uma cadeira odontológica, não tem banheiros para cadeirantes e não possuímos expurgo. Acho que temos que criar estratégias para superar ou minimizar estas deficiências. Nós trabalhamos

alternando, duas equipes pela manhã e uma equipe pela tarde, precisamos construir outro consultório médico e sala de enfermagem, o consultório odontológico é maior que 12 m² podendo-se fazer uma divisão ou reestruturação e colocar três cadeiras odontológicas, precisa-se da construção de uma porta de entrada ao banheiro maior que 120 cm para o acesso dos usuários cadeirantes, construção do expurgo. Todas estas deficiências foram avaliadas pela secretaria de saúde a qual está analisando as possibilidades para fazer as modificações.

As atribuições de nossa equipe de saúde são muito importantes para fazer um bom atendimento em nossa área de abrangência, nós fizemos a territorialização e mapeamento da área de atenção, onde identificamos grupos de risco, grupos de agravos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase; fizemos sinalização de redes sociais como: grupos de mães, grupos de idosos, associação de moradores e conselho local, outra atividade foi à aproximação com as entidades sociais, ou seja, comércios, Igrejas e escolas.

Através de nosso trabalho observamos muitos aspectos positivos, pois realizamos cuidados na saúde da população na área de abrangência, no domicílio, onde realizamos curativos, educação em saúde, atendimentos a usuários idosos prostrados ou acamados, também em escolas com vacinação, e atendimentos odontológicos. Realizamos busca ativa dos usuários faltosos as consultas, notificação compulsória das doenças.

Temos como limitações para melhorar o atendimento à saúde da população, há ausência de estrutura e materiais para realização de pequenas cirurgias. A UBS consta com três equipes de saúde sendo uma população grande e só temos um hospital para fazer todas as pequenas cirurgias, precisamos de material necessário para fazer essas cirurgias, para que nossa população tenha um bom atendimento, outra questão que precisamos reavaliar são os atendimentos de urgências/emergências, pois contamos com profissionais muito bem qualificados, para fazer os atendimentos, só precisamos de uma sala com todas as condições e medicações.

Nossa equipe de saúde atende a uma população de 2623 habitantes, destes 1480 são do sexo feminino e 1143 do sexo masculino, ou seja, concorda com a distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência da UBS, mais ainda temos uma população que não está cadastrada, porque após o ultimo

cadastro nosso município cresceu muito, mas, contamos com uma boa equipe de saúde que temos como estratégia fazer o cadastro dessa área para lograr um melhor atendimento a saúde da população.

Nossa UBS não tem uma sala específica para fazer um bom acolhimento das demandas, mais isso não é dificuldade, porque é feito na recepção, na sala de enfermagem, no corredor e direção, o mais importante é que seja feito com qualidade escutando as demandas dos usuários. Para lidar com o excesso de demanda espontânea quero lembrar que nossa UBS consta com três equipes de saúde, e só temos dois consultórios médicos, onde uma terceira equipe fica trabalhando com o excesso de demanda, nesta forma são resolvidas todas as demandas.

Na saúde da criança, temos um total de 20 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS constituindo 51%(39), para os atendimentos das crianças nossa UBS adota o protocolo da saúde das crianças do ano 2013.

Contamos com registros específicos para realizar o monitoramento regular, onde ficam todas as consultas de puericulturas as quais são feitas com a primeira visita domiciliar nos primeiros 7 dias de vida, após um mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, um ano de vida e após anuais perto do aniversário, também temos as datas das próximas consultas, remarcamos as crianças faltosas e realizamos encaminhamento das crianças de risco, ou seja, planejamento e monitoramento regular das ações.

É muito positivo em nossa equipe de saúde fazermos a primeira consulta em domicílio nos primeiros 7 dias, trabalhamos em equipe multiprofissional, com uma avaliação da criança com nutricionistas, pediatra de nossa área, odontólogo e fisioterapeuta, avaliação de seu desenvolvimento neuro-psicomotor, vacinas, desenvolvimento dentário, sinais de risco, curva de crescimento com peso, comprimento e perímetro cefálico. Realizamos atividades nas comunidades de saúde da criança com a participação de toda nossa equipe, falamos da importância de uma alimentação saudável com amamentação exclusiva até os 6 meses de idade.

Apesar de nosso trabalho diário, nós temos dificuldades porque só temos 20 crianças menores de um ano, isso acontece porque nosso município fica muito perto

de Teresina onde muita criança tem atendimentos em clinicas particulares. Através de visitas domiciliares, feitos pelos agentes de saúde, e trabalho em conjunto vamos alcançar maiores captações de crianças menores de um ano de vida.

A atenção pré-natal é de vital importância, nossa equipe de saúde realiza um grupo de ações para um bom acompanhamento das gestantes como: fazer a captações no primeiro trimestre, realização das consultas, encaminhamentos para consulta de odontologia, realização dos exames complementares no primeiro trimestre e demais trimestre, avaliação dos riscos e encaminhamentos das consultas de alto risco, todo este trabalho é possível, porque nos regemos pelos protocolos que ficam em nossa UBS, temos registros específicos das gestantes os quais são muito importantes porque nelas ficam data de DUM, DPP, história obstétrica, avaliação de risco gestacional, encaminhamentos, resultados dos exames complementares, situação de cartão de vacinas.

Contamos com um bom planejamento e monitoramentos das ações tanto das consultas pré-natais como as visitas domiciliares. Apesar do trabalho realizado temos um total de 17 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, constituindo 43%(40), número muito baixo perto da estimativa, lembramos que nosso município fica muito perto da capital Teresina, onde um grupo importante de gestantes fazem as consultas em clinicas particulares, e por isso que nossa equipe de saúde tem que trabalhar forte para aumentar o número de captações sobre tudo no primeiro trimestre, com a ajuda dos agentes de saúde, aumentando o número de visitas domiciliares, fazendo uma revisão de riscos.

Outro aspecto negativo que temos em nossa área é que os exames complementares de HIV, toxoplasmose e hepatites são feitos por encaminhamentos a Teresina, demorando até um mês os resultados. Com objetivo de melhorar os atendimentos pré-natais nossa equipe de saúde faz um número de atividades nas comunidades com a participação de toda nossa equipe, e especial apoio de nutricionista e educador físico, onde falamos da importância na utilização de ácido fólico, fazer sempre a captação no primeiro trimestre, hábitos alimentares saudáveis, assistir as consultas pré-natais.

O atendimento a puérperas e feito os primeiros 7 dias nas visitas domiciliares pela equipe de saúde fazendo uma avaliação geral da puérpera e realizando orientações sobre importância do aleitamento materno exclusivo nos

primeiros 4 meses e riscos de acidentes no domicílio. O número de mulheres que fizeram puerpério no último ano foram de 24, 62%.

Nossa equipe trabalha todos os dias realizando mais ações para a prevenção de câncer de colo uterino e controle de câncer da mama, porque temos um total de 496 mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, constituindo 78%(636) e um total de 164 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, constituindo 83 %(198).

Entre as principais ações que são feitas está a realização de exames citopatológicos em horários alternativos que permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso aos exames, realização de visitas domiciliares explicando a importância dos estudos na prevenção do câncer do colo de útero, as pacientes com exames alterados são realizadas avaliações periódicas para seu tratamento paliativo em casa, estando em contato permanente com os familiares, realização de mamografias nas mulheres maiores de 50 anos.

O serviço é realizado de acordo com os protocolos existentes em nossa UBS, contamos com registros específicos tanto de estudo citopatológicos, como mamografias onde colocamos: nome, endereço, data dos exames e resultados. Temos aspectos positivos na realização dos exames, pois são feitos em todas as mulheres em nossa unidade de saúde, com um número importante de visitas domiciliares e encaminhamentos realizados aos especialistas, temos em nossa área quatro mulheres com exames de mamografias alterados com avaliação por mastologista, tratamento cirúrgico e paliativo.

As dificuldades em nosso serviço estão relacionadas às ações de captação, visto que temos apenas 76%(377) de mulheres com mamografias em dia, sendo de importância vital a realização em 100% das mulheres, para alcançar esse objetivo temos que aumentar o número de exames citopatológicos, aumentar o número de visitas domiciliares sobre tudo as mulheres faltosas, fazer tratamento adequado das mulheres com enfermidades de transmissão sexual como HPV e aplicação de vacinas. Outra dificuldade que temos é que os exames de mamografias são feitos por encaminhamentos a Teresina e os resultados demoram até um mês.

Através de múltiplas atividades de saúde com a participação de toda nossa equipe de saúde, chegamos às comunidades com objetivo de que as mulheres com

idade compreendida entre 25 e 64 façam os exames cito patológico de colo do útero, e salientamos a sua importância na prevenção do câncer, incentivamos também bons hábitos alimentares, os malefícios do tabagismo, do uso de álcool, ensinamos a realização do autoexame das mamas, assim como detectar sinais de alerta como: palpação de nódulos, assimetrias das mamas, retração da pele e retração de mamilo.

As enfermidades crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus necessitam de acompanhamento constante devido aos altos índices de morbi- mortalidade, por isso a importância da realização de ações da saúde em nossa comunidade tais como: realização de consultas todos os dias, verificação da pressão arterial a todos os usuários maiores de 20 anos, visitas domiciliares, realização de hiperdia no local da comunidade onde ficam todos os usuários com doenças crônicas, nelas realizamos verificação da PA, glicemia capilar, comprimento, peso, circunferência abdominal, renovação de tratamentos, indicações de exames complementares e encaminhamentos em caso seja necessário. Temos um total de 358 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, constituindo 68%(526) e um total de 77 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, 51%(151).

Nosso trabalho é estruturado de forma programática como consta nos protocolos, contamos com registros específicos tanto para usuários com HAS e DM onde conseguimos tratamentos, exames complementares é feitos agendamento das próximas consultas e visitas domiciliares. Temos muitos aspectos positivos em nosso trabalho, porque trabalhamos todos os dias em consultas e visitas domiciliares fazendo verificação da PA a todos os usuários maiores de 20 anos, avaliação de riscos, orientações quanto hábitos alimentares, malefício do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, com perda de peso inexplicável, poliúria, polidipsia, polifagia, prurido vulvar ou na pele, fadiga, fraqueza, visão turva, temos boa qualidade na atenção à saúde, assim como no planejamento e monitoramentos que são feitos.

Ainda assim precisamos melhorar nosso trabalho, devido à baixa cobertura, é necessário aumentar os rastreamentos dos usuários, sobre tudo aqueles que têm

fatores de riscos aumentados, lembrando também que muitos podem permanecer assintomáticos por longo tempo. Precisamos realizar capacitações na comunidade sobre a técnica correta de medida da pressão arterial, aumentar o número de rastreamentos das patologias crônicas. Nossa equipe realiza atividades na comunidade com a participação especial de nutricionistas, educador físico e fisioterapeutas, atuando de forma multidisciplinar, falando sobre a importância da prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis com a eliminação de álcool e fumaça.

Temos aspectos positivos em nosso trabalho diário com os idosos, temos um total de 237 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, 85%(279). A maioria dos usuários idosos têm doenças crônicas sendo a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, as mais frequentes, sendo muito importantes ações de atenção e acompanhamento destas doenças. Nossa equipe de saúde realiza atendimentos todos os dias e consultas com prioridade aos pacientes idosos, onde fazemos uma boa anamnese, exame clínico geral com averiguação dos riscos como: obesidade, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e hábitos alimentares inadequados. Realizamos atividades educativas, como palestras onde é feita uma avaliação dos usuários idosos com verificação da PA, glicemia capilar, medicações prescritas e exames laboratoriais, assim como encaminhamentos em caso necessário.

Nosso serviço é feito através dos protocolos de atendimento à saúde dos usuários idosos, contamos com registros específicos onde estão as datas das consultas e visitas realizadas, avaliação multidimensional, com monitoramento regular das ações. Nossa equipe de saúde realiza atividades de visitas domiciliares aos usuários idosos acamados classificados com fragilidade, onde participam outras especialidades como fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionistas e psicólogos. Ainda temos que melhorar nosso trabalho para alcançar a todos os idosos de nossa área de abrangência, aumentando o número de visitas domiciliares com o objetivo de fazer uma maior cobertura em toda nossa área de abrangência.

De forma geral a qualidade de nossa atenção à saúde dos idosos é boa assim como a qualidade dos registros, planejamentos e monitoramento. Trabalhamos através de uma equipe multidisciplinar fazendo atividades nas comunidades porque os usuários idosos padecem mais de doenças crônicas,

depressão, aumentando as quedas, falamos da importância de conhecer os possíveis riscos, barreiras arquitetônicas que aumentam os acidentes, portanto as incapacidades como perda da funcionalidade, de sua autonomia, e sua inclusão social.

Com o objetivo de enfrentar os maiores desafios que apresenta minha UBS contamos com numerosos recursos em função de sua aplicação para melhorar nosso trabalho.

Nossa UBS esta constituída por três equipes de saúde e só temos dois consultórios médicos, e duas salas de enfermagem, nós trabalhamos alternando, duas equipes pela manhã e uma equipe pela tarde, para fazermos um melhor atendimento à população precisamos de construção de outro consultório médico e sala de enfermagem. Com a liberação dos recursos através da secretaria de saúde, na semana passada começou a realização da ampliação da UBS.

Como é conhecido em nossa UBS trabalhamos três equipes de saúde e só contamos com uma cadeira odontológica, precisamos fazer uma reestruturação da sala odontológica e colocar três cadeiras odontológicas, a secretaria de saúde tem conhecimento, precisamos da liberação dos recursos para que seja feita.

Além disso, a população de nossa UBS é grande, 8563 habitantes, para melhorar os atendimentos á saúde acredito que precisamos realizar pequenas cirurgias, as quais não são feitas. Foi feito um pedido de fios de suturas e pinças para realizar as pequenas cirurgias.

Em nosso município só contamos com um hospital que faz atendimento as urgências/emergências, os trabalhos nas UBS são principalmente na prevenção, mais contamos com profissionais altamente qualificados para fazer os atendimentos de urgências/emergências, só precisamos de uma sala com equipamentos necessários. As obras de ampliação da nossa UBS já se estão realizando.

Eu acredito que a situação entre ESF/APS em nosso serviço seja de qualidade, porque nossa equipe de saúde da família fez um bom atendimento a todos os usuários de nossa área de abrangência, lembrando sempre os princípios principais de atenção primaria da saúde, é da prevenção e promoção da saúde.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Realizando uma comparação entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, podemos dizer que de forma geral a equipe adquiriu conhecimento e maturidade no que se refere ao trabalho planejado e organizado por todos os membros da UBS.

Observamos que no início do curso, a equipe não contava com uma organização da documentação que é extremamente necessária para facilitar o controle dos usuários da área de abrangência. No que se refere à comparação dos textos poderíamos dizer que o texto inicial cita as estruturas da UBS de forma geral, mas não os problemas apresentados em cada uma delas, o qual é de suma importância, já que possibilita a equipe realizar reuniões para resolver essas dificuldades.

No texto de ambientação não havia citado a cobertura das ações programáticas, o qual é muito importante, pois a equipe conhece os problemas apresentados especificamente, podendo planejar ações dirigidas para aumentar a cobertura ao atendimento dos usuários pertencentes a cada ação programática. No relatório da análise situacional, fez-se um detalhamento das ações, detectando em que ação programática deve-se enfatizar para melhorar estes indicadores.

Outra diferença encontrada, é que no texto inicial se menciona meramente os serviços prestados no município, como laboratório clínico e odontológico, mas não especificamos os problemas existentes na área para que os usuários realizassem as consultas odontológicas. Já no relatório explicam-se os problemas existentes para o deslocamento dos usuários, a ação que a equipe realiza para resolver o problema daqueles usuários mais carentes e isso é de grande importância, já que a equipe e a comunidade podem participar em conjunto com os gestores para buscar possíveis soluções ao problema detectado.

De forma geral, podemos destacar a importância do detalhamento dos problemas existentes na UBS e na área de abrangência que foi realizado no relatório e não no texto inicial. Assim, pode-se ter uma visão panorâmica de quais ações e atividades podem ser planejadas para melhorar o serviço e focar a atenção nas ações programáticas menos desenvolvidas.

Em suma, destacamos que com os materiais disponibilizados pelo curso de especialização da UFPEL, a equipe avançou no que se refere ao desenvolvimento das suas atribuições, sendo de prática contínua, o trabalho realizado por cada um dos profissionais e integrando as práticas coletivas com a comunidade. Nossa equipe continuará trabalhando para melhorar cada dia os serviços e sem descansar, melhoraremos cada dia, nossa condição de humanidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus constituem um grave problema de saúde pública que afeta o Brasil e no mundo, com aparição a cada dia de casos novo em pessoas de menos idades e a ocorrência de complicações com invalidez permanente. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Por isso na atenção primária de saúde temos que trabalhar para aumentar a busca de casos novos, disponibilizar o tratamento oportuno para controlar as doenças e evitar as complicações, atuando sobre os fatores de risco (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde, Mãe Dita onde eu trabalho está situada no município Demerval Lobão, estado Piauí. A estrutura física do posto de saúde consta de: duas salas de recepção com capacidade para 60 pessoas, dois consultórios médicos, duas salas de enfermagem, uma sala de curativo e procedimentos, uma sala odontológica, sala de reuniões, vacinas, farmácia, sala de informática, direção, sala de copa, lixo e sala de teste de pesinho. Tem boa ventilação e iluminação, com sinalização visual, mais não tem sinalização em braile, nem sonoro. Em relação às barreiras arquitetônicas a unidade ainda não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências porque sooo possui rampa na entrada, não conta com banheiros para cadeirantes. A equipe está formada por: um médico geral integral, uma enfermeira, uma técnica enfermagem, um dentista, um auxiliar dentista e 5 agentes comunitários de saúde, além do apoio do Núcleo de Apoio a saúde da Família (NASF), constituído por (fisioterapeuta,

fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, e outros). Temos outros especialistas de apoio no município psiquiatra e psicólogo.

O foco da intervenção escolhido pela equipe de saúde foi Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. A população com Hipertensão Arterial Sistêmica estimada no caderno de ações programática do Ministério da Saúde é de 526 usuários, entretanto existem 358 usuários cadastrados, o que representa a cobertura dessa ação programática somente a 68% da população adstrita. A população estimada com Diabetes Mellitus é de 150 usuários existindo somente 77 pessoas cadastradas, o que representa uma cobertura de 51%. O principal problema na UBS com os hipertensos é avaliação da saúde bucal em dia, uma vez que só existem 174 pacientes avaliados o que corresponde a 49%.

A HAS e DM são doenças relacionadas entre si e extremamente frequentes em nossa comunidade, são muitos os atendimentos realizados a usuários que sofrem complicações relacionadas a o mau seguimento e controle inadequado das doenças. O número de usuários com HAS e DM cadastrados na unidade de saúde é inferior ao estimado, e com frequência encontramos sequelas de invalidez permanente, o que nos leva aos profissionais de saúde a realizar ações de intervenção sobre esta população. A equipe de saúde toda se encontra envolvida no processo de trabalho com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desta população. As principais dificuldades e limitações para desenvolver as ações programáticas são: usuários faltosos a consultas programadas; laboratório clínico do município onde não são realizados todos os exames solicitados tem que fazer encaminhamento dos usuários a Teresina e com atraso dos resultados de até um mês; não chegam todos os medicamentos básicos para o tratamento destas doenças na farmácia popular; baixo nível cultural da população o que dificulta sua adesão às recomendações; dificuldade com o transporte para equipe se deslocar até as comunidades para realizar as visitas domiciliares, só contamos com uma cadeira odontológica onde ficam 3 equipes de saúde e os atendimentos são feitos em um turno por dia.

O melhor recurso que temos na UBS, de forma geral, é o trabalho da equipe para melhorar a qualidade de vida da população; apoio dos gestores de saúde do município e estado; trabalho em parceria com as comunidades; a equipe de saúde conta com todos os integrantes com uma alta capacitação profissional. Com esta

intervenção pretende-se melhorar a qualidade de vida da população alvo, desenvolver hábitos e estilos de vidas mais saudáveis, prevenção precoce das complicações e adequado controle destes usuários segundo protocolo. A finalidade da Linha de cuidados dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na atenção primária de saúde é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essas doenças por meio da integralidade do cuidado, em nossa unidade básica de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde Mãe Dita de município Demerval Lobão no Estado do Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 90% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos usuários Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Mãe Dita, no Município de Demerval Lobão estado Piauí. Participarão da intervenção pessoas compreendidas na faixa etária com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pelo programa de atenção aos hipertensos e diabéticos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira uma vez ao mês, sempre ao final de cada mês da intervenção, avaliando os resultados e verificando se as estratégias adotadas estão dando certo ou se precisam ser reformuladas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro será realizado semanalmente em todas as consultas de atendimento clínico por enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Ação: melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Detalhamento: o acolhimento será feito por auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde em nossas áreas de consultas, casas de família, escolas, igrejas.

Ação: garantir material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A secretaria de saúde garantirá o material necessário para a realização desta ação avaliada mensalmente na reunião da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Agentes comunitários de saúde e usuários das comunidades vão a de informar a população da existência do programa. Serão realizadas palestras semanais na própria UBS, orientando a população sobre temas relacionados a diabetes e hipertensão.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: todos integrantes da equipe informarão a comunidade a importância de medir a PA a partir dos 18 anos pelo menos uma vez ao ano.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: toda equipe será capacitada para orientar e realizar aos adultos com PA maior de 135/80 no rastreamento da diabetes mellitus.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre os fatores de risco para doenças como HAS e/ou diabetes mellitus

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde serão capacitados pelo médico e a enfermeira para cadastramento do 100% os hipertensos e diabéticos de sua área e será avaliado mensalmente na reunião da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão todos integrantes da equipe para verificação de forma certa da pressão arterial principalmente aos agentes comunitários de saúde e técnica de enfermagem.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento A enfermeira será a encarregada de capacitar os integrantes da equipe para a realização do hemoglicoteste aos adultos com PA sustentada maior que 135/80mmhg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será feito por o medico e a enfermeira em todas as consultas agendadas para s usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos seguindo como protocolo do Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: a enfermeira irá realizar o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. Nas reuniões da equipe o ela apresentará um relatório sobre o monitoramento e irá se discutir as dificuldades encontradas, procurando discutir sobre possíveis soluções para resolvê-las.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico irá definir as atribuições de cada membro da equipe e destacar a importância de seguirem os protocolos para a HAS.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: Todos os membros da equipe terão suas atribuições definidas pelo médico com respeito a exame clínico a usuário com DM.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Serão capacitados os profissionais da equipe e também serão entregues os protocolos a cada um deles. Esta ação será realizada pelo médico e enfermeira.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Todos os profissionais serão atualizados com uma periodicidade mensal segundo o cronograma

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico, enfermeira com ajuda da secretaria da saúde disponibilizarão os protocolos atualizados na UBS para cada um dos agentes comunitários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes de estas doenças em todas as consultas de atendimento clínico, palestras, reuniões com a comunidade e associação de moradores.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão a equipe para realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Detalhamento: O monitoramento será feito em cada uma das consultas pelo médico e enfermeira e se discutirá mensalmente com toda equipe, principalmente com agentes comunitários de saúde, quem não está em dia com os exames.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A equipe fará o monitoramento dos exames laboratoriais solicitados aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e avaliará a periodicidade na reunião mensal da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os encarregados da solicitação dos exames complementares segundo o protocolo.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico e a enfermeira ficarão responsáveis de garantir com a secretaria de saúde e o gestor municipal a realização dos exames complementares solicitados

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento Os exames serão avaliados imediatamente depois da entrega do laboratório e comunicado ao agente de saúde se houver alguma alteração para agendar consulta o mais rápido possível.

ENGAJAMENTO PUBLICO.

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Detalhamento: Todos integrantes da equipe

serão encarregados de comunicar aos usuários e a comunidade a importância da realização dos exames

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Em cada uma das consultas os usuários e a comunidade serão informados com que periodicidade tem que fazer exame segundo protocolo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico capacitará a equipe para seguir a solicitação de exames complementares.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermeira monitorará todos os medicamentos existentes na farmácia para o programa Hiperdia semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará controle da quantidade e validade dos medicamentos existentes na UBS.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente a enfermeira e técnica de enfermagem terão registro atualizado das necessidades de medicamentos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os integrantes da equipe orientarão os usuários sobre os medicamentos existentes na UBS e alternativas na farmácia popular com os medicamentos oferecidos pelo governo de forma gratuita para estas doenças crônicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: médico e enfermeira irão capacitar e atualizar os profissionais sobre o tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: serão capacitados todos os integrantes da equipe sobre as alternativas dos medicamentos existentes na farmácia popular para orientar aos usuários e o que tem que fazer para receber os medicamentos gratuitamente.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e enfermeira avaliarão em cada consulta os usuários hipertensos com necessidades de tratamento odontológico.

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em cada uma das consultas se monitorará por parte do médico e a enfermeira as necessidades de tratamento odontológico dos usuários diabéticos de nossa área.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O dentista avaliará em suas consultas e visitas domiciliares as prioridades dos tratamentos odontológicos de cada um dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O odontólogo da área e a técnica de saúde bucal agendarão as consultas para os usuários com necessidade de atendimento odontológico semanalmente.

ENGAJAMENTO PUBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Todos integrantes da equipe serão encarregados de orientar a todos usuários e a comunidade sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: O dentista capacitará os integrantes da equipe para avaliação dos usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: O dentista e técnica em saúde bucal capacitarão todos integrantes da equipe para avaliação dos usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A enfermeira e os agentes comunitários de saúde avaliarão o cumprimento das consultas com sua periodicidade previstas no protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Agentes comunitários de saúde serão encarregados de organizar as visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A auxiliar de enfermagem será a encarregada da organização dos acolhimentos dos usuários diabéticos e/ou hipertensos provenientes das buscas nas visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira vão fazer um reforço durante as consultas, visitas domiciliares e palestras sobre a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: a comunidade será ouvida pela equipe sobre os principais fatores que levam a faltarem nas consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Aproveitar as visitas domiciliares, as consultas e as palestras para esclarecer neste tema. Além disso, colocar as informações em cartazes de forma didática para garantir que todos entendam a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitará os ACS quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Monitorar a qualidade dos registros de na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira e o medico serão encarregados de monitorar o registro adequado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados terão sua ficha de acompanhamento e atualizada pela enfermeira.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento para todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Detalhamento: Todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados terão sua ficha de acompanhamento e atualizada pela enfermeira.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Em reunião da equipe a enfermeira destacará a importância de ter um correto registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira terá a responsabilidade pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: os registros serão organizados de forma tal que os usuários com atraso em nas consultas, exames complementar usuários com alguma dificuldade em seu seguimento tenham suas fichas diferenciadas por a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe serão capacitados para orientar aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e a comunidade sobre os direitos que eles têm de manter seus registros de saúde atualizados e segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira e o médico serão os responsáveis de capacitar a equipe nos preenchimentos de todos os registros necessários no acompanhamento dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento a equipe será capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas por médico e enfermeira.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A equipe monitorará todos os usuários cadastrados diabéticos e/ou hipertensos com estratificação de risco pelo menos uma vez ao ano com ajuda da comunidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Uma vez que o usuário é avaliado de alto risco cardiovascular o atendimento vai ser feito de forma prioritária.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A técnica de enfermagem e ACS serão os responsáveis por agendar e priorizar os atendimentos aos usuários avaliados de alto risco cardiovascular para ser atendida no mesmo dia como prioridade

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: A equipe será a responsável por orientar os usuários e a comunidade de seus níveis de risco e da importância de ter um acompanhamento regular em na UBS.

Ação: Esclarecer os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A equipe brindará palestras mensalmente nas comunidades e grupos de hipertensos e/ou diabéticos sobre fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável tabagismo, prática de exercício físico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo para evitar as complicações destas doenças.

Ação: Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre a importância do registro desta avaliação para o seguimento correto do usuário e manejo clínico,

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: realizaremos em todas as consultas orientações sobre alimentação saudável a todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável

Detalhamento: Realizaremos atividades grupais com grupos de hipertensos e/ou diabéticos em parceria com o nutricionista do NASF.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitada junto ao gestor a participação de nutricionistas nestas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos orientações gerais aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e suas familiares sobre a importância de manter uma alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A equipe será capacitada pela nutricionista sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Para isto a enfermeira vai ser a encarregada de fornecer materiais sobre educação em saúde e vão ser entregues no transcurso das capacitações.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos monitoramento em cada uma das consultas as orientações da pratica regular de atividade física para evitar o sedentarismo e outras complicações

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A equipe organizará com os professores de educação física das escolas a pratica de exercício físico para os grupos de hipertensos e /ou diabéticos das áreas ande estão cadastrados.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento solicitar ao gestor em coordenação com a secretaria de esporte que planejem atividades com educadores físicos em algumas áreas principalmente nas atividades do grupo Hiperdia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Toda a equipe durante as consultas orientará a todos os usuários hipertensos e diabéticos, a comunidade de nossa área a importância da prática regular de atividade física para a saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre como promover a pratica de atividade física e seus benefícios para a saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe sobre as metodologias de educação em saúde

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos.

Detalhamento: Em cada uma das consultas com usuários diabéticos e/ou hipertensos monitoraremos as orientações sobre os riscos do tabagismo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A equipe fará contato com a secretaria de saúde e gestor para aquisição de medicamentos para o abandono do tabagismo

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os diabéticos e hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Toda equipe está motivada a orientar aos hipertensos tabagistas da existência de tratamentos para abandonar o hábito de fumar, que tanto dano faz para a saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizaremos capacitações da equipe para o tratamento dos usuários tabagistas que querem abandonar o hábito.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão a monitorização das orientações sobre higiene bucal nas consultas aos usuários diabéticos e/ou hipertensos de nossa área

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Vamos organizar a agenda de modo tal que exista uma margem de tempo disponível para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares orientá-los sobre a importância da higiene bucal. Apoiarmos também na utilização de cartazes e panfletos com as informações precisas. Solicitar sempre a ajuda do dentista da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O dentista de nossa área capacitara a equipe para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal a os usuários diabéticos e/ou hipertenso de nossa área.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM) será adotado o Manual Técnico de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus do Ministério de Saúde 2012. Serão utilizados no atendimento da população alvo a caderneta do hipertenso e do diabético, o prontuário, ficha espelho disponibilizada pelo curso (ANEXO C), disponível no município. A folha de registro, não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos à classificação de risco dos usuários com HAS e DM. A estimativa é alcançar com a intervenção 436 usuários com HAS e 92 com DM. Será feito contato com o gestor municipal para dispor de 436 fichas-espelho da folha de registro para HAS e 92 para DM e 528 fichas complementares, sendo que 358 serão anexadas às fichas- espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com HAS e DM que vieram a

consulta de Hiperdia nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, a intervenção será iniciada, com a capacitação da toda a equipe sobre Manual Técnico de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus do Ministério de Saúde 2012 para que toda a equipe utilize estas referências na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário utilizado para reunião de equipe, das 10:00-12:00 horas.

O Cadastro da população com Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus da área adstrita será realizado pelo médico e enfermeira na consulta e em visita domiciliar, com ajuda dos agentes comunitários de saúde os quais realizarão busca ativa de usuários com HAS e DM faltosos a consulta. Realizar a capacitação da toda a equipe sobre a periodicidade do seguimento dos usuários com HAS e DM. O acolhimento dos usuários com HAS e DM que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com HAS e DM com atraso nas consultas mensal serão atendidas no mesmo turno. Usuários com HAS e DM com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para priorizar o tratamento de intercorrências destes usuários. Usuário com estas doenças que buscam consulta de Hiperdia de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que sete dias. Os usuários hipertensos e diabéticos que vierem à consulta de Hiperdia sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher demanda de intercorrências agudas deste grupo de usuários não há necessidade de alterar a organização de agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários com HAS e DM proveniente da busca ativa serão reservadas cinco consulta por semana. Será feito contato com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para apresentação do projeto esclarecendo a importância da realização da consulta de Hiperdia.

Será solicitado apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM e de esclarecer a comunidade sobre a

necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelhos e prontuários identificando aquelas que estão com consultas ou exame em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se 2 por semana totalizando 8 por mês. Ao fazer a busca já agendará os usuários com HAS e DM para consulta de Hiperdia. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho e prontuários médico. Médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde visitaram aos líderes comunitários e religiosos, mobilizando-os para a participação em encontros sobre saúde. Será necessário transporte para a equipe se deslocar às diferentes comunidades, sendo o gestor de saúde o responsável pelo mesmo.

Para realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos os mesmos serão realizados pelo médico e enfermeira no âmbito da UBS e para isso se necessita: (balança, antropômetro, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, glucosímetro). Faremos contato com o gestor municipal para garantir a disponibilização destes materiais necessários para avaliação correta dos usuários com HAS e DM. Toda a equipe orientará os usuários sobre a importância dos exames clínico na prevenção oportuna das complicações. Capacitar a equipe sobre a frequência da solicitação dos exames clínico segundo protocolo. Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura dos pacientes com HAS e DM para a equipe de saúde, além do preenchimento e interpretação das medidas antropométricas e verificação da pressão arterial, a realização da glicemia capilar. O treinamento será realizado pelo médico na própria UBS com uma duração de 2 horas ao final do expediente. A equipe realizará controle dos usuários diabéticos e hipertensos com déficit de peso ou excesso de peso com seguimento semanal da curva de peso (toda quarta feira) e atividades de orientação nutricional e sobre a importância do exercício físico.

Para controlar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, a enfermeira e técnica de enfermagem realizaram uma revisão semanal dos prontuários e fichas de Hiperdia, procurando usuários com atraso na realização dos exames. Serão realizadas palestras e conversas com os usuários junto à comunidade sobre a importância da realização dos exames em dias de acordo o

protocolo para garantir o controle destas doenças, as mesmas serão feitas no âmbito da UBS.

Para garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia serão informados, aos gestores de saúde, os medicamentos faltosos e os mais usados no tratamento destas doenças. A técnica enfermagem realizara um controle semanal destes medicamentos no âmbito da UBS, avaliando as quantidades em existência. Será articulado um trabalho em parceria entre as farmácias do SUS para melhorar a qualidade do atendimento destes usuários. Para garantir o atendimento odontológico aos usuários com HAS será articulada uma parceria com o dentista, para organizar a agenda de saúde bucal e poder oferecer atendimento prioritário a este grupo na unidade de saúde.

Para avaliar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, para isso o médico e enfermeiras realizaram uma revisão semanal dos registros dos usuários da área adstrita tais como: (caderneta de hipertensos e diabéticos, prontuário, ficha de Hiperdia, registro de usuários com HAS e DM). Médico e enfermeira serão os responsáveis pelo preenchimento dos dados nestes documentos.

O monitoramento das ações serão realizados semanalmente, nas segundas feira e com uma duração de duas horas (10:00-12:00), com a participação da toda a equipe e representantes da população. Médico e enfermeira serão os responsáveis de preparar a apresentação em projeção. A técnica enfermagem fará a anotação da discussão.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Reunião com gestores	X							X								X
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X															
Contato com lideranças comunitárias.	X							X								X
Atendimento clínico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos pacientes faltosas a consulta.				X					X				X			
Realizar atividades de educação em saúde.			X					X				X				X
Monitoramento da intervenção				X				X				X				X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o projeto de intervenção, os profissionais da equipe e a população em geral participaram ativamente de todas as atividades planejadas. A intervenção só foi desenvolvida em função da forte união dos membros da equipe e do engajamento de todos os membros da comunidade. A divulgação do projeto motivou a incorporação das atividades previstas no processo de trabalho da equipe de saúde. A reunião com gestores foi feita na unidade básica de saúde, os profissionais explicaram para eles a importância da intervenção e as coisas em quanto à logística que eles precisavam para a elaboração das ações, os gestores ficaram interessados no projeto e auxiliaram em todas as ações. A equipe criou um livro de registro para o cadastramento dos usuários. Todos os usuários cadastrados têm seus dados transcritos para o livro de registro, o qual também apresenta outras doenças associadas, avaliação do risco cardiovascular, tipo de medicação prescrita e outras anotações de importância para a equipe de saúde. Este livro é uma ferramenta de grande importância para o controle e monitoramento dos usuários durante as consultas. Foram realizadas 13 atividades educativas ao longo da intervenção, semanalmente nas terças-feiras na área de abrangência da unidade de saúde, nas igrejas e casas comunitárias, com uma média de 20 usuários, os profissionais responsáveis foram: o médico, a enfermeira, a nutricionista e o educador físico.

Durante a intervenção não tivemos dificuldades para receber os materiais solicitados à gestão municipal, (Xerox de ficha espelho, fita para glicômetro, canetas, folhas brancas e cadernos). O atendimento clínico às pessoas portadoras de HAS e/OU DM foi oferecido e realizado com total qualidade. O que contribuiu para o sucesso desse processo foi às capacitações oferecidas para todos os membros da equipe, a definição das atribuições de cada membro para o exame clínico, busca

ativa de usuários faltosos as consultas, realização de visitas domiciliares, bem como outras atividades de engajamento que contribuiriam para a qualidade do atendimento clínico. Na primeira semana da intervenção não foi possível realizar a reunião com a equipe para capacitar os ACS e estabelecer as atribuições de cada membro da equipe por ter sido uma semana de muita chuva no Município. Mas essas atividades foram desenvolvidas na segunda semana de intervenção. Com relação às orientações, durante a intervenção a equipe realizou palestras com usuários no âmbito da UBS e os ACS ajudaram orientando os usuários nas visitas domiciliares.

O segundo mês de intervenção as atividades previstas foram desenvolvidas com qualidade. Os atendimentos clínicos foram feitos na unidade de saúde pelo médico, agendados pelos agentes comunitárias de saúde nas visitas. O acolhimento dos usuários foi realizado pela recepcionista e os ACS. Foram realizados 15 atendimentos por dia, onde os usuários foram avaliados em quanto a risco cardiovascular, foi feita tomada de pressão arterial, glicose capilar, Peso, Altura, índice de massa corporal e dadas orientações sobre dieta, prática de exercícios físicos, consumo de álcool e drogas. Também nesses dias foram feitos atendimentos a demanda espontânea. O atendimento odontológico foi agendado, feito logo das consultas clínicas, foi complicado, pois a unidade só tem uma cadeira odontológica para as três equipes de saúde, mas ainda assim o trabalho foi feito. A população gostou dos atendimentos e participou ativamente. Não existiram dificuldades.

Ademais, continuamos incorporando no processo de trabalho da equipe as capacitações dos profissionais, o monitoramento e avaliação das atividades planejadas assim como a integralidade e disposição de todos os membros da equipe no desenvolvimento das atividades. O contato com lideranças e demais membros da comunidade foi um dos pontos mais positivos neste trabalho, foram realizados 4 encontros nas casas comunitárias, o responsável foi o médico e a nutricionista, ressaltando nas conversas que com a ajuda deles conseguiríamos resolver alguns problemas logísticos, a participação dos usuários da comunidade, a ajuda na procura de usuários faltosos, fatores vitais para o bom desempenho das ações. Também podemos destacar que o compromisso de os membros da equipe em desenvolver o trabalho e incorporá-lo a rotina do serviço foi um grande facilitador.

O terceiro mês foi de mais trabalho, pois foi o momento de procurar aqueles usuários que não procuraram a unidade para seus atendimentos agendados. A

procura foi feita pelos ACS na comunidade com ajuda de líderes comunitária, a população ficou satisfeita com as visitas nas casas e muitos faltosos aos programas visitaram a unidade de saúde.

Além das ações citadas, também foi realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos (HIPERDIA), não encontramos dificuldades ao longo da intervenção. A manutenção das informações nos registros, como SIAB e registros internos da UBS além do monitoramento e avaliação das atividades planejadas foi realizado pelo médico e a enfermeira nas sextas férias no posto de saúde. No começo foi complicado na hora da informação digital pois resultava de muito trabalho colocar todos os usuários no sistema, mais com a prática logo melhorou muito.

Os processos preconizados nos protocolos de atendimento assim como as ações programadas e a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre protocolo de HAS e DM também foram desenvolvidas. O médico foi o responsável das capacitações de toda a equipe, fórum feito todas segundas férias do mês primeiro da intervenção na unidade de saúde. O contato com o grupo específico de hipertensos e diabéticos foi realizado com sucesso, fórum realizadas conversas e orientações de alimentação saudável, risco de tabagismo, atividade de prática física regular, higiene bucal e outras, como cuidados dos pés no caso dos usuários diabéticos. Outro aspecto positivo durante estas semanas é que está diretamente relacionado com a implementação da intervenção, fórum recuperados espaços públicos para a realização das atividades de educação em saúde. De forma geral cada atividade prevista foi uma novidade para a equipe que foi adquirindo conhecimentos e experiências que consolidaram o trabalho e se transformaram em rotina para a UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas com clareza e no tempo previsto sempre com apoio de toda nossa equipe de saúde e gestores.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Enquanto as coletas de dados de projeto da intervenção foram preenchidas de acordo o cronograma fazendo fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações de nosso projeto terão continuidade em nosso trabalho, entre os quais continuarem o cadastro de usuários hipertensos e diabéticos, continuar a busca destes usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada. Continuaremos insistindo com o gestor municipal maior rapidez no resultado dos exames e melhor atenção odontológica, assim como uma maior disponibilidade de medicamentos. O trabalho com hipertensos e diabéticos foi muito valioso para nosso trabalho na comunidade e, por isso, será continuado de forma permanente, pois a intervenção trouxe uma mudança no estilo de trabalho de nossa UBS e que nossa comunidade hoje é muito melhor atendida, pois os gestores hoje estão mais comprometidos com ao trabalho da UBS. Continuaremos adequando nossas atividades às necessidades de saúde da comunidade, para um trabalho melhor.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população com Hipertensão Arterial Sistêmica estimada no caderno de ações programática do Ministério da Saúde é de 526 usuários. Entretanto existem 358 usuários cadastrados com esta doença na área de abrangência de minha equipe de saúde pertencente à UBS Mãe Dita, o que representa a cobertura dessa ação programática somente a 68% da população adstrita. A população estimada com Diabetes Mellitus é de 150 usuários existindo somente 77 pessoas diagnosticadas e cadastradas com esta doença, o que representa uma cobertura de 51%.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 90 % dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta1.2. Cadastrar 70 % dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No primeiro mês cadastramos 14.3%(75) dos hipertensos, no segundo mês cadastramos 32.5% (171) hipertensos, no terceiro mês cadastramos 77.6%(408) hipertensos, totalizando no quarto mês 82.9%(436) dos hipertensos.

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês cadastramos 12,7%(19)dos diabéticos, no segundo mês cadastramos 31,3% (47), no terceiro mês 70%(105), totalizando no quarto mês 72%(108).

Nossa meta foi cadastrar 90 % dos hipertensos e 70% dos diabéticos, conseguimos alcançar apenas com a população diabética, na tentativa de alcançar esses objetivos foram realizados trabalhos em equipe feitos em nossa comunidade através dos agentes comunitários, busca ativa dos usuários faltosos e casos novos. Tivemos uma grande dificuldade durante a intervenção, porque nem todos os usuários encaminhados pelos agentes de saúde para as consultas na UBS foram, devido às fortes chuvas que ocorreram no primeiro mês da intervenção as chuvas não permitiram que todos os usuários ficarm nas consultas.

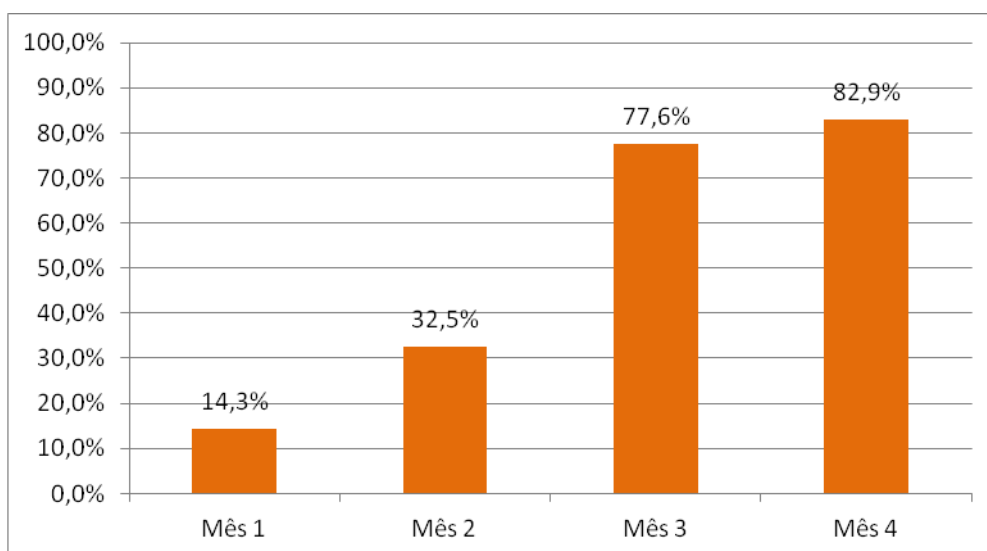


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

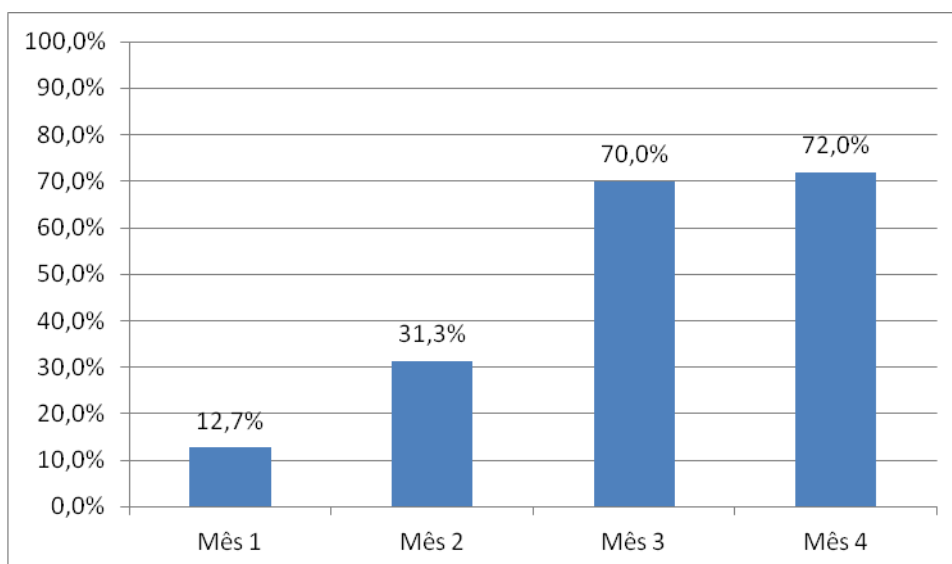


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram realizados exames clínicos apropriados em 97.3% (73) hipertensos, no segundo mês 91.8% (157), no terceiro mês foram 90.2% (368) totalizando no quarto mês 89.7%(391)hipertensos com o exame clínico apropriado.

Quanto aos diabéticos no primeiro mês realizamos exame apropriado em 94.7%(18) diabéticos no segundo mês foram 91.5%(43), no terceiro mês 77.1% (81) diabético e no quarto mês de intervenção totalizamos 77.8% (84) diabéticos .

Para realizar os exames clínicos apropriados dos usuários com hipertensão arterial e diabetes contamos com consultório médico onde trabalhamos todos os dias e também através das Hiperdias onde são feitos os exames clínicos a todos os usuários, a maior dificuldade para realizar os exames clínicos apropriados foi que muitos deles são faltosos as consultas.

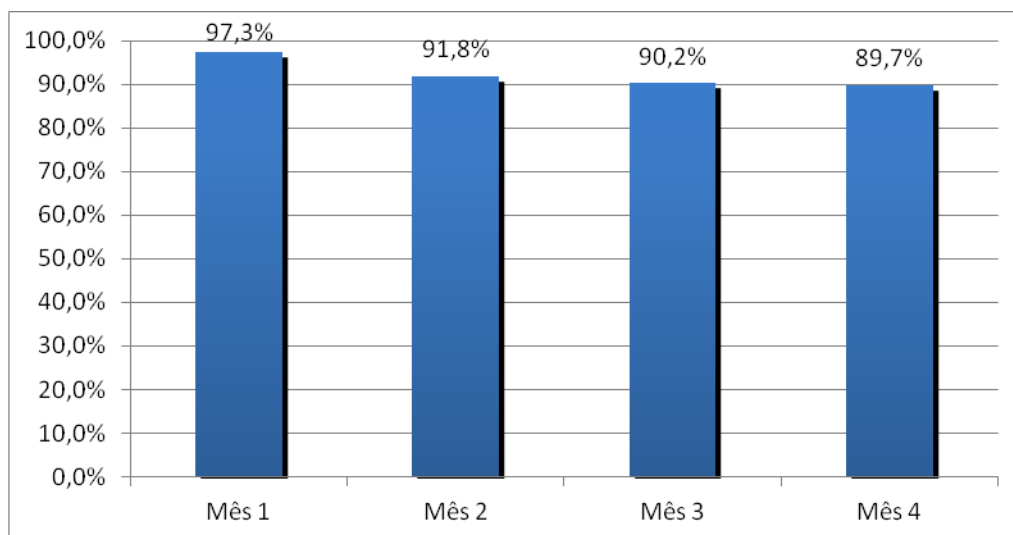


Figura 3- Proporção de hipertensos com o exame clinico em dia.

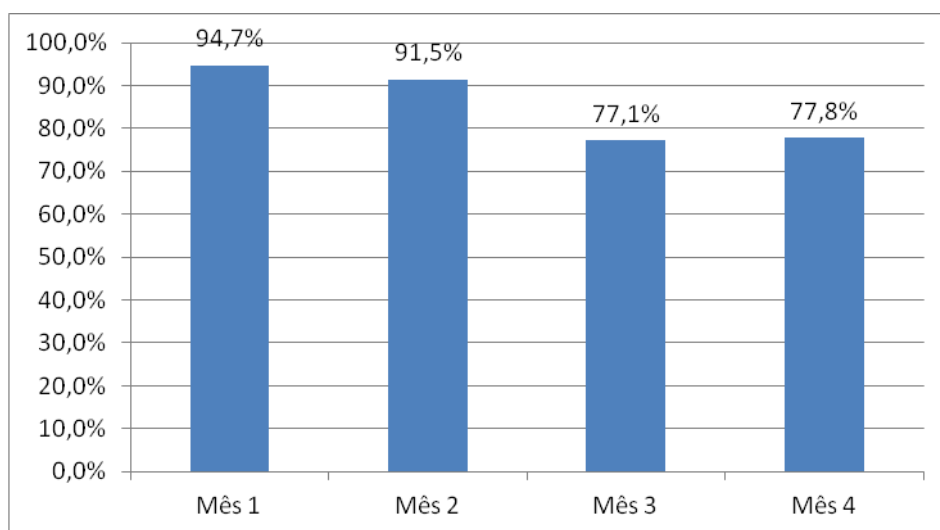


Figura 4-Gráfico de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao longo da intervenção conseguimos realizar exames complementares em dia de acordo com o protocolo a boa parte dos hipertensos. No mês 1 tivemos 89.3% (67), no mês 2 foram 88.3%(151), no mês 3 foram 88,7% (362) e no mês 4 totalizamos 88.3%(385).

No primeiro mês tivemos 89.5% (17) diabéticos com exames complementares em dia, no segundo mês 89.4%(42), no terceiro mês 76.2%(80) totalizamos no quarto mês 76.9%(83) diabéticos.

Em nosso município contamos com uma clínica onde são feitos todos os exames de graça encaminhados pelos SUS para garantir a realização dos exames aos pacientes com HAS e DM, também contamos com glucosímetro e aparelho para verificação de PA para a realização do acompanhamento em nossa UBS e em consultas de Hiperdia feitas nas comunidades. A proporção dos usuários com

exames complementares em dia está abaixo da meta, porque muitos são encaminhados para a realização dos exames e não assistem a realização da coleta.

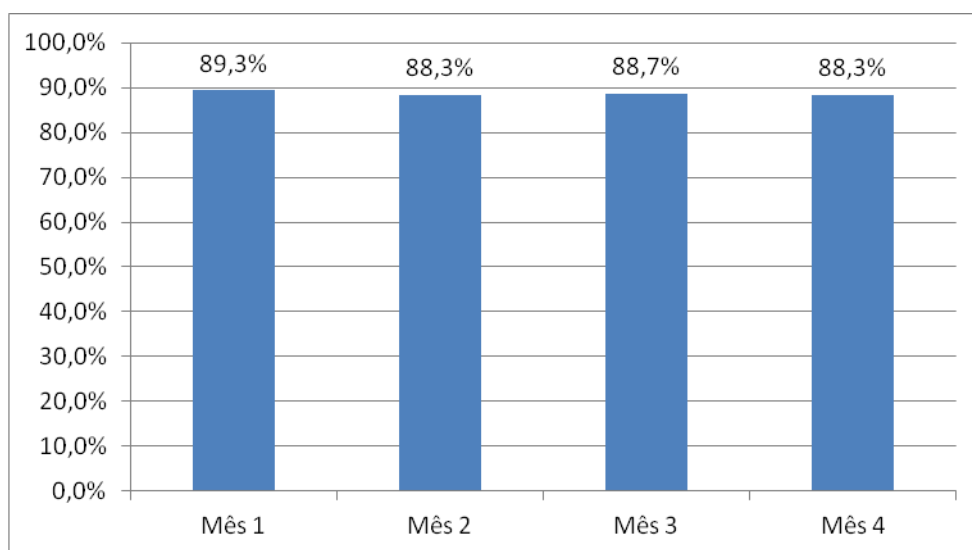


Figura 5- Proporção de usuários hipertensos com o exames complementares ao dia.

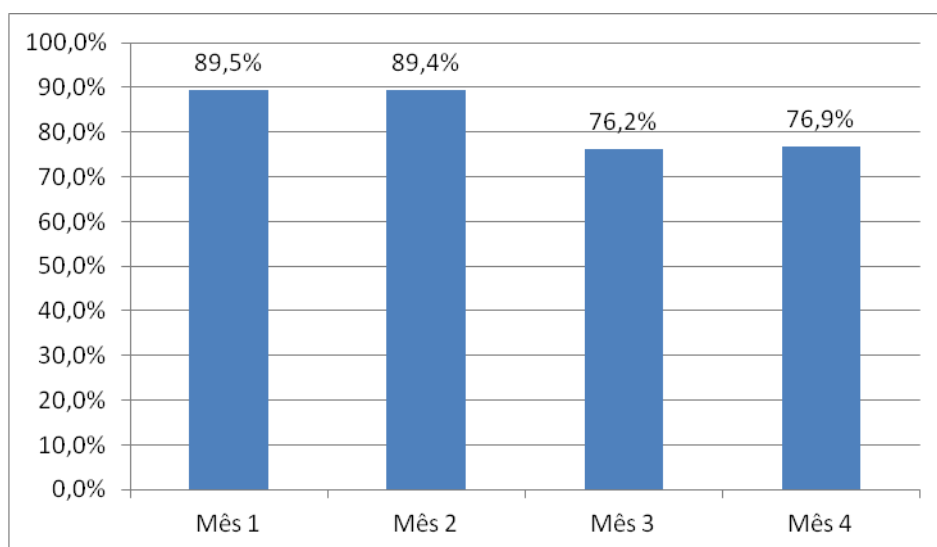


Figura 6- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês foram realizada prescrição de medicação da farmácia popular a 89.3%(67) dos hipertensos, no segundo mês 87.6%(149), no terceiro mês foram 90.9%(370), totalizando 90.3%(93) no quarto mês.

No primeiro foram realizadas prescrição de medicação da farmácia popular a 57.9%(11) dos diabéticos, no segundo mês 55.3%(26), no terceiro mês 67.6% (71) dos diabéticos, totalizando no quarto mês 65.7%(71).

Para priorizar a prescrição de medicamentos dos Hipertensos e Diabeticos contamos com uma farmácia em nossa UBS onde são entregues os medicamentos prescritos em consultas feitas na UBS, Hiperdia e visitas domiciliares, não alcançamos a meta porque alguns casos já estavam bastante avançados necessitando de terapia medicamentosa indisponível na farmácia popular.

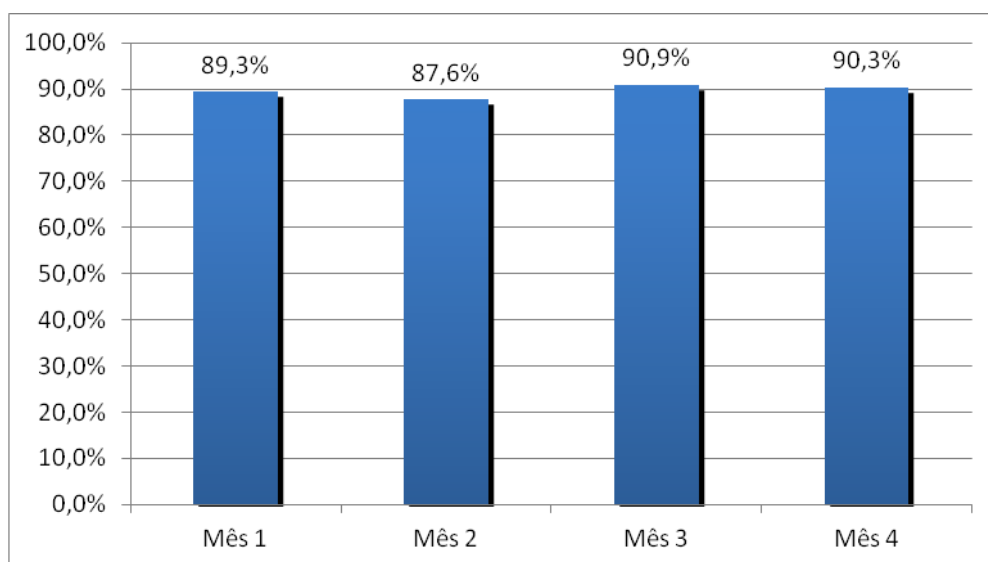


Figura 7- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA.

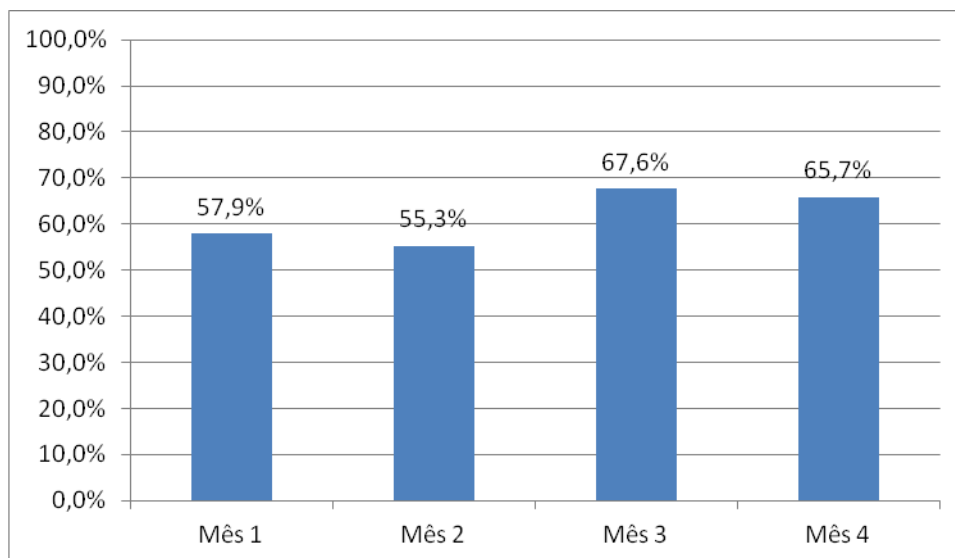


Figura 8- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular/HIPERDIA.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês foram avaliados sobre a necessidade de atendimento odontológico 65.3%(49) hipertensos, no segundo mês 56.1% (96), no terceiro mês 61.5%(251) hipertensos, totalizando no quarto mês 61.9% (270) hipertensos.

Quanto aos diabéticos no primeiro mês foram avaliados sobre a necessidade de atendimento odontológico 63.2%(12), no segundo mês 53.2%(25), no terceiro mês foram 40%(42), totalizando 39.8%(43) no quarto mês.

Para a avaliação das necessidades de atendimento odontológico, encaminhamos os usuários logo da consulta no Hiperdia, com ajuda dos agentes comunitários, em nossa UBS só contamos com uma cadeira odontológica e trabalham 3 equipes, isto constituiu uma dificuldade ficando o serviço lotado na hora do atendimento.

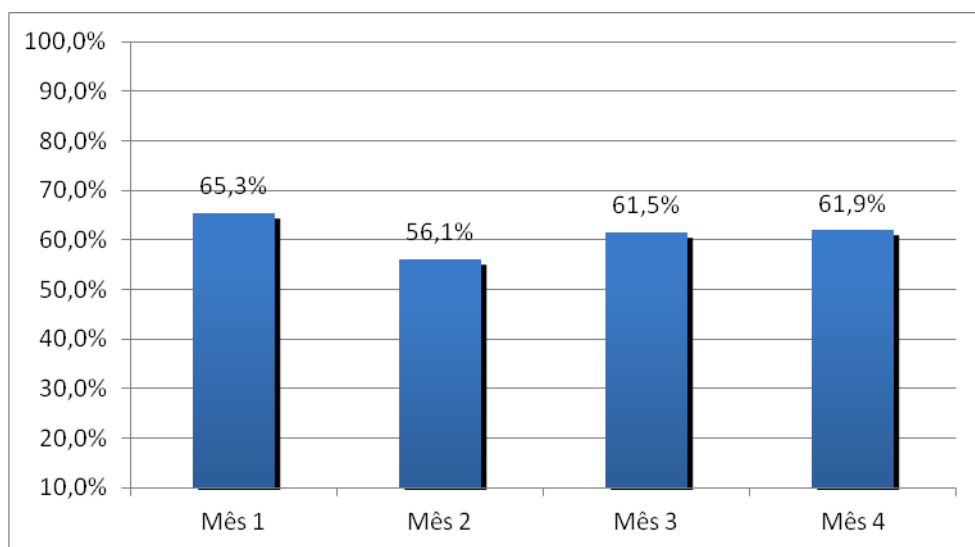


Figura 9- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

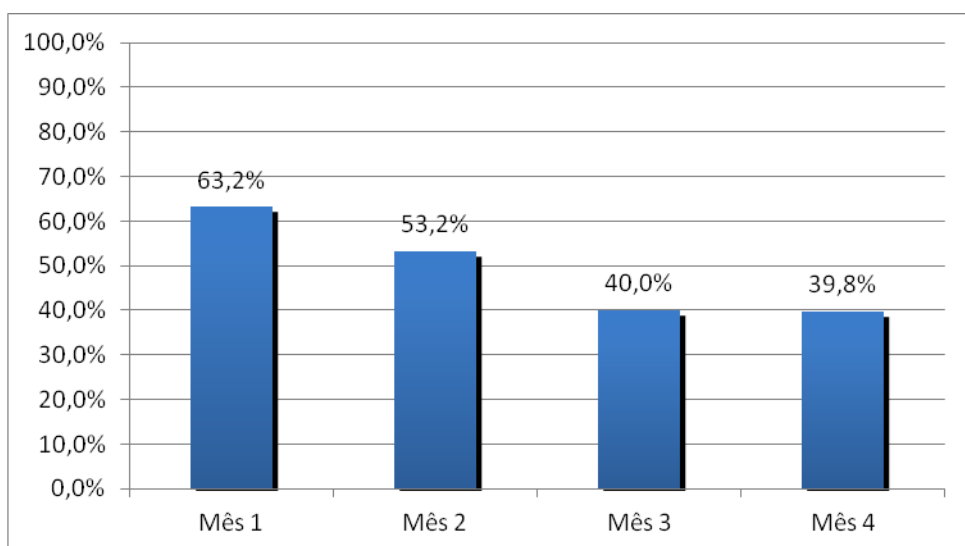


Figura 10- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês foram realizadas 88.9%(8)buscas ativas a hipertensos faltosos as consultas, nos meses subsequentes foram realizadas buscas ativas a 100% dos faltosos, sendo 28 no segundo mês, 49 no terceiro mês e 54 no quarto mês. Quanto aos diabéticos realizamos busca ativa a 100% dos faltosos nos quatro meses de intervenção, sendo 2 no primeiro mês, 9 no segundo, 20 no terceiro e também 20 no quarto mês de intervenção.

Para fazer a busca de 100 % dos usuários faltosos as consultas nos desenvolveram um bom trabalho em equipe sendo os agentes comunitários de saúde os mais esforçados para atingir essa meta, no primeiro mês tivemos grande dificuldade devido a forte presença das chuvas, mais com o esforço de equipe toda essa metas foram atingidas.

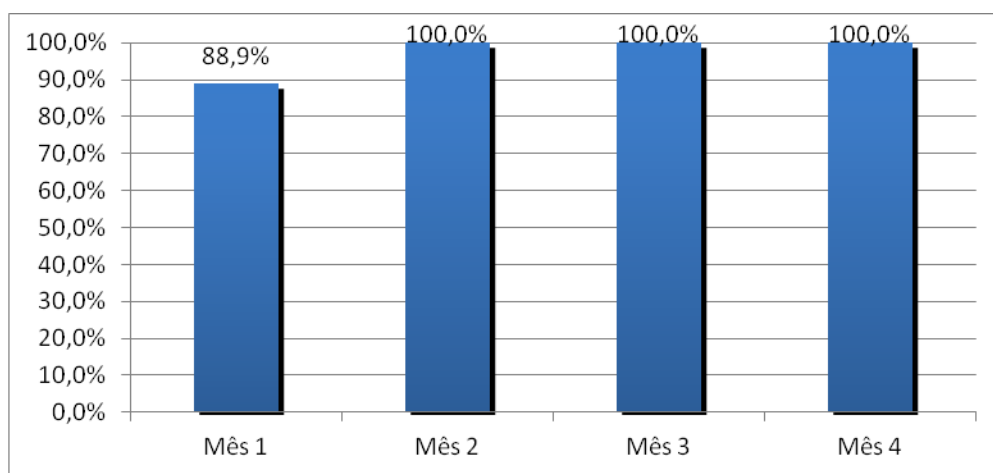


Figura 11- Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês foi realizado registro adequado na ficha de acompanhamento em 100%(75) hipertensos, no segundo mês 98.8%(169), no terceiro mês 99.8%(407), totalizando no quarto mês 99.8%(435).

Os diabéticos tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento em 100%(19) no primeiro mês, no segundo mês 97.9%(46), no terceiro mês 100%(105), totalizando no quarto mês 100% (108).

Em nossa UBS contamos com uma sala onde são feitas as fichas de acompanhamento para todos os usuários cadastrados o que facilitou o alcance das metas.

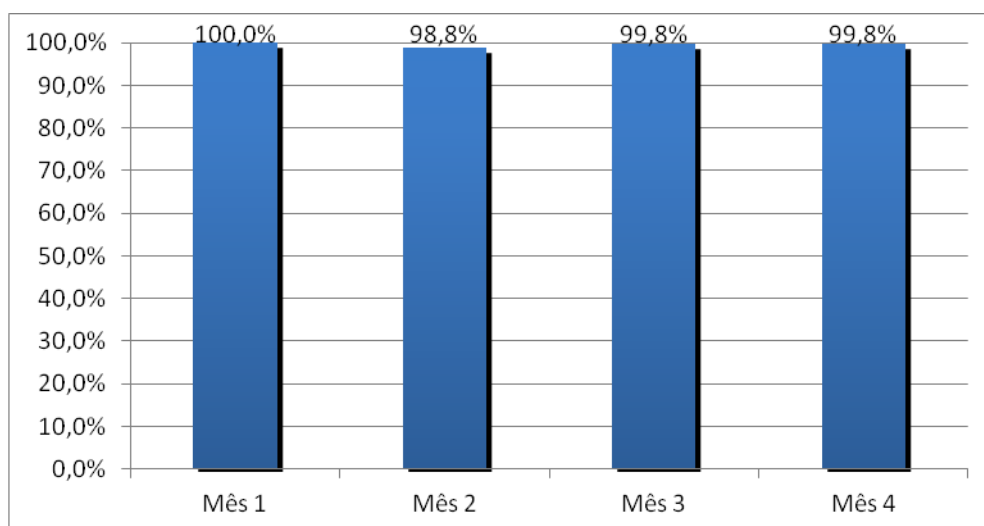


Figura 12 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

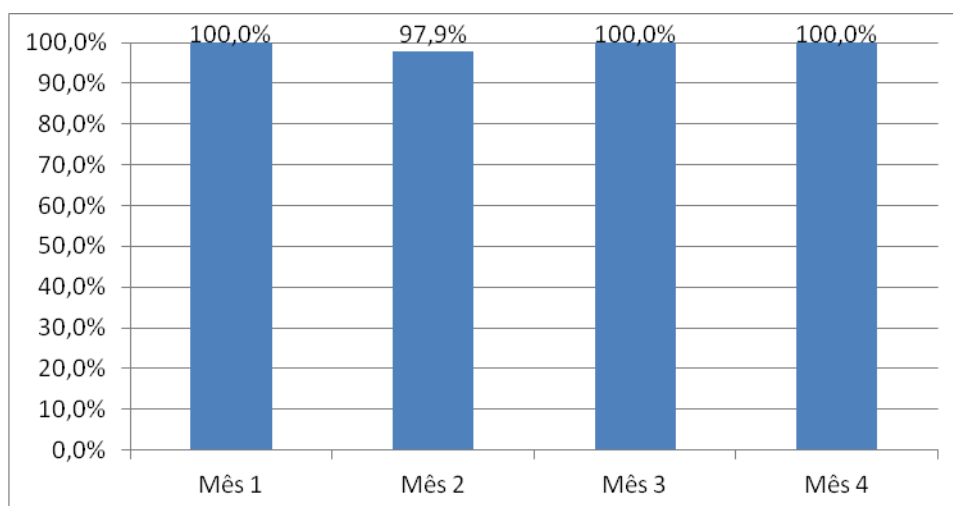


Figura 13- Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês foram realizada estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia em 100%(75) dos hipertensos, no segundo mês 99.4%(170), no terceiro mês 90.2%(368), totalizando no quarto mês 89.7%(391).

Os diabéticos tiveram realização da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia em 100%(19) no primeiro mês, no segundo mês 100%(47), no terceiro mês 77.1%(81) totalizando no quarto mês 77.8%(84).

A estratificação de risco cardiovascular é feita através de consultas em nossa UBS e no Hiperdia, porém não conseguimos alcançar a meta, devido os faltosos na consulta de acampamento, mesmo após a realização da busca ativa.

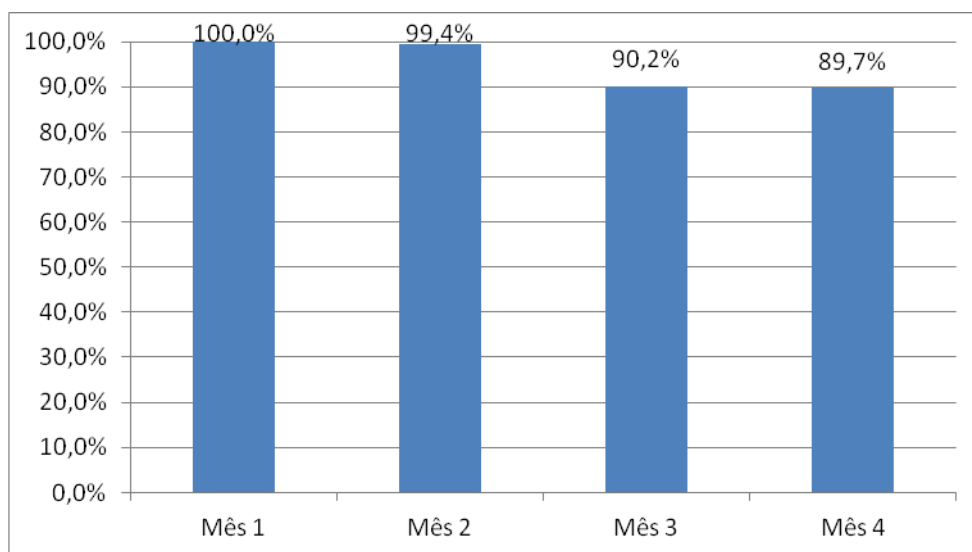


Figura 14- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

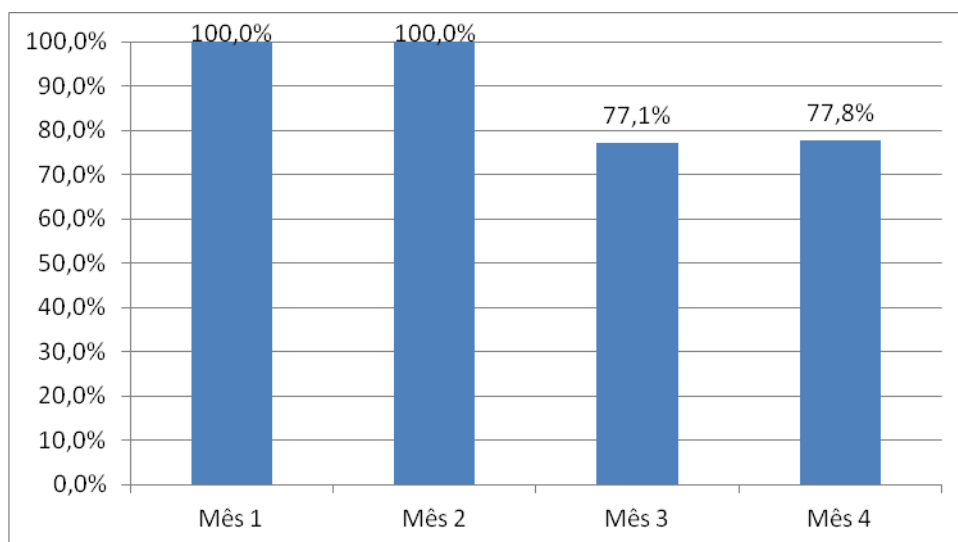


Figura 15- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês foi realizada orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100%(75) dos hipertensos, no segundo mês 99.4%(170), no terceiro mês 99.8%(407) totalizando no quarto mês 99.8%(435). Para os diabéticos foi realizada orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos cadastrados nos 4 meses de intervenção, sendo 19 no primeiro mês, 47 no segundo mês, 105 no terceiro mês e 108 no quarto mês de intervenção.

Para garantir uma boa orientação nutricional sobre alimentação saudável temos nutricionista em nossa equipe, esta participou de forma ativa em todos os grupos de Hiperdia feitos nas comunidades e nas consultas feitas na UBS onde realizamos palestras e avaliação nutricional a cada usuário, possibilitando ótimos resultados.

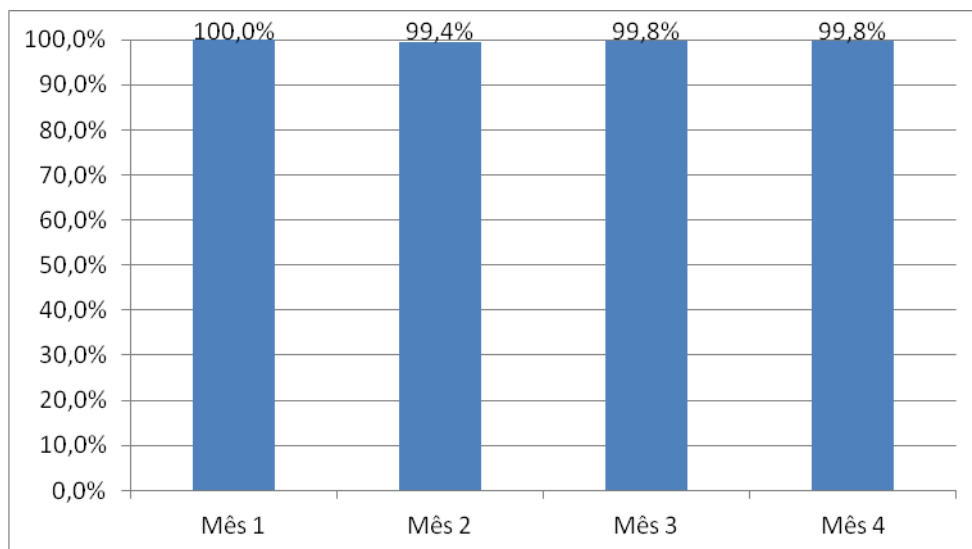


Figura 16 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Alcançamos nos quatro meses de intervenção 100% dos hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, sendo 75 no primeiro mês, 170 no segundo, 407 no terceiro e 435 no quarto mês de intervenção. Quanto aos diabéticos também alcançamos 100% destes com orientação sobre prática regular de atividade física durante toda a intervenção, sendo 19 no primeiro mês, 47 no segundo mês, 105 no terceiro mês e 108 no quarto mês de intervenção.

A presença de reabilitador físico em nossa UBS, atuando diretamente na comunidade e na UBS onde realiza atividades físicas e palestras possibilitou o alcance das metas em sua integralidade.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês alcançamos 100%(75) dos hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 99,4%(170) no terceiro mês 99,8%(407), totalizamos com 99,8%(435) no quarto mês. Já os diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo em 100% nos quatro meses de intervenção, sendo 19 diabéticos no primeiro mês, 47 no segundo mês, 105 no terceiro mês e 108 no quarto mês.

Através das palestras realizadas na comunidade e orientações nas consultas médicas foram feitas as orientações sobre os riscos do tabagismo dos diabéticos, contamos sempre com apoio da direção de nossa UBS e representantes comunitários, a equipe de saúde garantiu as orientações sobre os riscos do tabagismo a 100%.

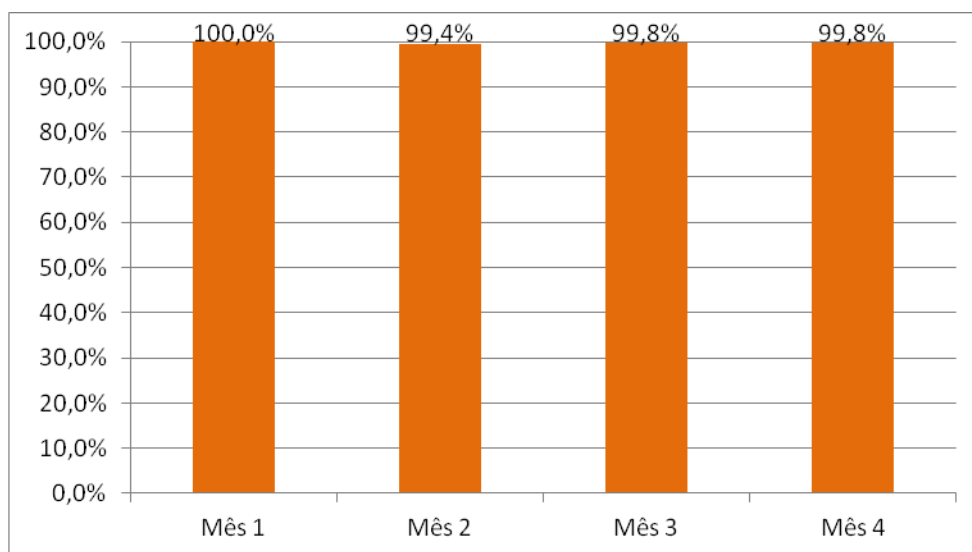


Figura 17- Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos de tabagismo.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês alcançamos 62.7%(47) hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 54.4%(93), no terceiro mês 61% (249) totalizando no quarto mês 61.5%(268). Os diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês foram 57.9%(11), no segundo mês 51.1%(24), no terceiro mês 40%(42), totalizando no quarto mês 39.8%(43).

A orientação sobre higiene bucal dos usuários foi feita através de nossa técnica de odontologia e nossa odontologista nas consultas feitas na UBS e através de visitas domiciliares e Hiperdia. Nossa maior dificuldade é que só temos em nossa UBS uma cadeira odontológica ficando 3 equipes de saúde, sendo afetado a quantidade de atendimentos odontológicos.

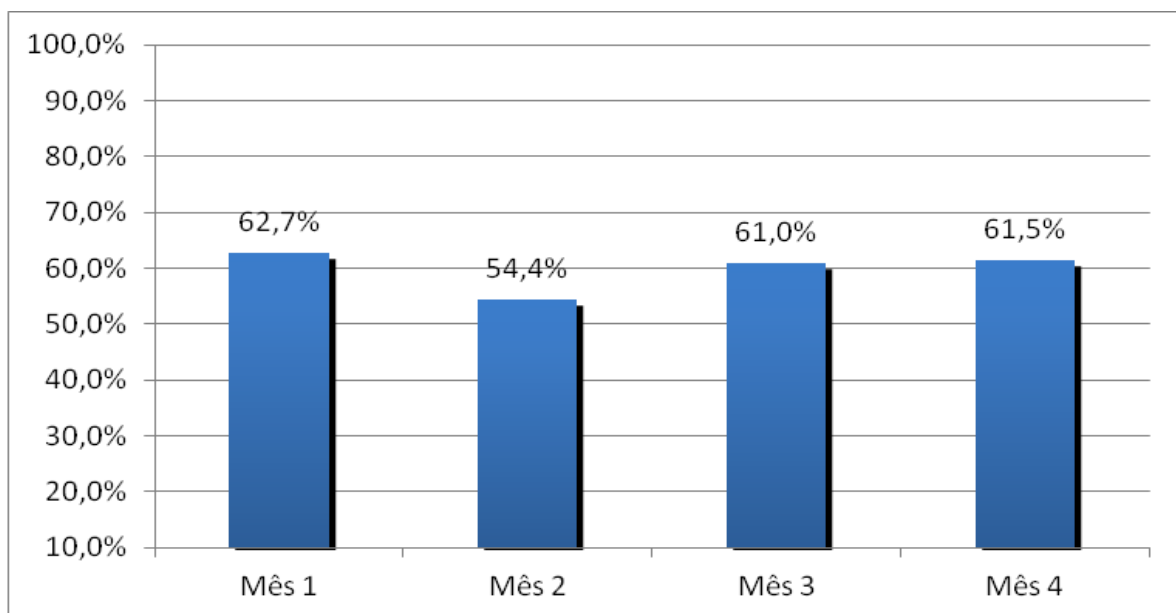


Figura 18- Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

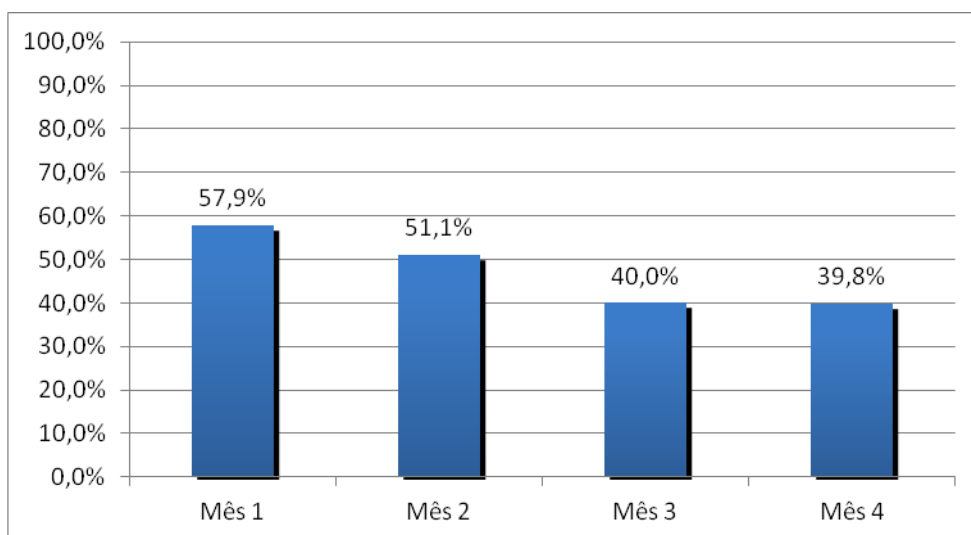


Figura 19- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Nossa intervenção alcançou uma cobertura para hipertensos de 82,9%, totalizando 436 hipertensos, e 72% para diabéticos, totalizando 108 usuários com diabetes. Para conseguir esses números, durante a intervenção, a equipe foi submetida à capacitações para ter condições de seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. A intervenção promoveu um trabalho em equipe e multidisciplinar, onde cada profissional sabia quais eram suas atribuições e sua responsabilidade com as ações do projeto e com a população. Realizamos palestras e acompanhamento juntos aos usuários que foram motivados principalmente pelas ACS da área, sendo responsáveis pelo acolhimento e busca ativa dos usuários e pelas palestras aos familiares. Também contamos o engajamento de outros profissionais, como nutricionista e educadora física, que participaram dos grupos de usuários com hipertensão e diabetes. A adesão da população foi ótima, todos os profissionais da equipe foram envolvidos nas atividades de grupo de Diabéticos e Hipertensos, O médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e sempre com ajuda dos profissionais do NASF.

Importância da intervenção para a equipe:

A intervenção foi muito importante para a equipe, pois aumentou a responsabilidade de cada integrante e preparação sobre as doenças, permitindo um melhor conhecimento da população alvo. A forma de trabalho se modificou, melhorando a qualidade dos atendimentos, promovendo atividades de prevenção e promoção da saúde.

Importância da intervenção para o serviço:

Antes da intervenção as atividades de atenção aos programas de hipertensos e diabéticos eram insuficientes. O projeto melhorou a qualidade do serviço, viabilizando a atenção a um maior número de pacientes, organizar a agenda

de trabalho, melhorando positivamente o acolhimento na unidade e permitindo realizar atendimentos a demanda espontânea de maneira mais organizada.

Importância da intervenção para a Comunidade:

A comunidade por sua vez teve um maior conhecimento sobre as doenças, adotando estilos de vida mais saudáveis, aumentando a consciência sobre a importância de assistir as consultas agendadas e seguir os tratamentos recomendados.

O que faria diferente caso fosse começar a intervenção nesse momento:

Se a intervenção fosse ser realizada neste momento, começaríamos por uma maior preparação e conscientização da equipe e dos gestores, além de estabelecer mais conversas sobre o trabalho com toda a equipe, pois alguns agentes comunitários e grupos de apoio tiveram certa resistência no início, dificultando o trabalho e acarretando em perda de tempo na intervenção.

Nossa intervenção com hipertensos e diabéticos já faz parte da rotina de trabalho de nossa UBS, mas ainda tem dificuldades a superar. No entanto, pretendemos chegar a 100% de cobertura dos hipertensos e diabéticos nos próximos três meses.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde são:

Melhorar o acolhimento de cada pessoa que procure atenção no posto de saúde, aumentar o numero de atividades de promoção e prevenção em saúde. Ter uma cobertura de 100% de hipertensos e diabéticos nos próximos três meses, manter 100 % de cobertura de usuários no Hiperdia com orientação nutricional sobre alimentação saudável, chegar a 100% de hipertensos e diabéticos com atividade física regular, ter 100% dos usuários hipertensos e Diabéticos com exame bucal pelo dentista. Continuar melhorando a qualidade nos atendimentos em nossa UBS.

5 Relatório da intervenção para os gestores

Senhores gestores do Município Demerval Lobão:

Um dos grandes problemas de saúde no município Demerval Lobão faz anos atrás, e a Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus que constituem um grave problema de saúde pública que afeta nossa área de saúde, o Brasil e no mundo, com aparição a cada dia de casos novo em pessoas de menos idades e a ocorrência de complicações com invalidez permanente. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Por isso na atenção primária de saúde temos que trabalhar para aumentar a busca de casos novos, disponibilizar o tratamento oportuno para controlar as doenças e evitar as complicações, atuando sobre os fatores de risco. Portanto, a equipe de saúde logo de realizar o análise situacional e priorizar os problemas de saúde, decidiu elaborar um projeto que possibilitasse desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde e tomar condutas adequadas em relação aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na comunidade.

O projeto de intervenção no município foi desenvolvido por 16 semanas, resultou positivo, melhorando os indicadores de saúde da população de Demerval Lobão. As ações previstas no projeto fórum desenvolvidas com qualidade e de maneira integral. Fóruns alcançados resultados de saúde positiva como: Na área adstrita da UBS existem 526 hipertensos com 20 anos ou mais, deles foram acompanhados nas consultas e no Hiperdia, 436 usuários alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área de abrangência de 82.9%. Temos também de

um total de 150 diabéticos com 20 anos ou mais foram acompanhados nas consultas e no Hiperdias 108 usuários alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área de abrangência de 72 %. Em quanto à proporção de hipertensos com exames clínico ao dia foi de 391 para um 98.7 %, e a proporção dos diabéticos com exame clínico ao dia foi de 84 para um 77.8%; enquanto a proporção dos hipertensos com exames complementares ao dia fica em 383 para 88.3 % e os diabéticos com exames complementares ao dia foram de 83 para 76.9 %; o atendimento odontológico dos hipertensos alcançou ao final da intervenção 270 para 61.9 %, e 43 diabéticos com atendimento odontológico ficando em 39.8 %; em relação a prescrição dos medicamentos da farmácia popular temos 393 hipertensos 90.3 % e 71 diabéticos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular ficando em 65.5 %; foi feita 100% das busca ativas dos usuários com hipertensão e diabetes faltosos as consultas; a proporção com registros adequados na ficha de acompanhamento foi satisfatória sendo de 99.8 dos hipertensos e 100 dos diabéticos; estratificação de risco cardiovascular com exame clínico em dia foram de 391 hipertensos 89.7 % e 84 diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia para um 77.8 %; foram feitas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, orientações sobre a pratica de atividade física e orientações sobre os riscos do tabagismo a 99.8 % dos hipertensos e 100 % dos diabéticos; receberam orientações sobre higiene bucal 268 hipertensos para 61.5 % e 43 diabéticos ficando em 39.8 %

. Ainda temos que melhorar alguns indicadores de saúde relacionados com os programas como: proporção dos hipertensos e diabéticos com atendimentos odontológicos, a prescrição dos medicamentos da farmácia popular dos diabéticos que não todos são acompanhados, as orientações sobre higiene bucal que não foram satisfatórias, temos mentalidade positiva que vamos a mudar os resultados continuando com as ações de educação em saúde na comunidade.

Os resultados do trabalho realizado estiveram relacionados com a boa inter-relação da equipe de saúde e dos gestores, a participação na hora de planejar as ações educativas do cronograma. A equipe conseguiu com ajuda da secretaria de saúde a impressão dos 100% das fichas espelho, a logística foi garantida pela prefeitura municipal, existiram melhoras na transportação dos pacientes encamados para realizar os exames complementares.

As atividades da intervenção estão incorporadas na rotina do serviço, a população conhece os dias de atendimento dos programas, a equipe tem um sistema de trabalho, procura ideias positivas para melhorar a avaliação dos usuários que procuram o serviço na UBS, temos certeza que podemos fazer muitas coisas alcançar maior qualidade do serviço, trabalhando em equipe junto a gestores e comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Nosso projeto de intervenção foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Mãe Dita, no Município de Demerval Lobão estado Piauí. Logo de 16 semanas de atuação do projeto de intervenção sobre a melhoria da atenção dos usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS de nosso município, alcançamos o total de pacientes cadastrados e acompanhados pela unidade básica de 446 usuários com faixa etária maior de 20 anos.

Foram feitas todas as atividades previstas, buscando melhorar os indicadores de saúde para hipertensos e diabéticos e para isso mudamos a forma de trabalhar da equipe, melhorando o acolhimento, priorizando as consulta ao público alvo, mas sem prejudicar a demanda espontânea. Os agentes comunitários, os grupos de apoio e toda equipe fizeram busca ativa de cada faltoso à consulta, sendo avaliado um total de 436 pessoas com HAS e 108 com DM. Fizemos também avaliação das necessidades de atendimento pelo dentista da equipe de cada usuário, ampliando assim a satisfação dos usuários em quanto à saúde bucal.

Além disso, a intervenção foi muito importante para a equipe porque aumentou a responsabilidade de cada profissional sobre este grupo de pessoas, melhorando a preparação para atuar sobre estas e outras doenças, permitindo conhecer melhor os usuários do programa.

Aumentaram as ações de educação em saúde, aumentando assim o conhecimento da comunidade sobre doenças e a importância das consultas para evitar complicações. Fórum feitas orientações sobre alimentação, atividades físicas, cuidados dos pés, entre outros.

Tivemos uma grande participação dos gestores, os quais ajudaram a resolver os problemas encontrados na UBS, pois sem o suporte da gestão ficaria impossível conseguirmos os bons resultados que tivemos.

Realizamos atividades educativas, debatendo sobre vários assuntos como o que é hipertensão arterial e diabetes, alimentação saudável, saúde bucal, tabagismo, prática regular de atividade física, sedentarismo, entre outras atividades. Estas ações foram muito enriquecedoras para prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes, além da avaliação pelo odontologista. Muitas dessas ações só

tiveram êxito porque a comunidade foi muito colaborativa nas ações desenvolvidas na unidade e no acolhimento nas visitas domiciliares.

Fazendo uma avaliação sobre os resultados alcançados foi muito positivo porque antes da realização do projeto de intervenção a estimativa de hipertensos ficava em 358, 68%, depois da intervenção 436 com hipertensão, um 82.9 %, pertencentes à área de abrangência, consideramos que foi relevante o trabalho já que conseguimos cadastrar quase a totalidade dos usuários com esta doença que pertencem à estratégia de saúde da família # 2 que tem uma população total de 2623 usuários e deles 526 apresentam essa doença.

Em relação ao programa de diabetes aconteceu o mesmo, tivemos um total geral de 108 usuários atendidos e acompanhados durante os quatro meses da intervenção para um 72%, sendo 150 usuários diagnosticados com esta doença na área de abrangência da Unidade básica de saúde, consideramos que em sentido geral atingimos a meta proposta de cadastrar o 70 % da população alvo, lembramos que o início da intervenção a população com diabetes ficava em 77, 51%.

Dentro das ações realizadas foi de vital importância a busca ativa dos usuários faltosos aos atendimentos ficando em 100%, assim como a realização das fichas de acompanhamento individual dos hipertensos e diabéticos que fiquem em 100%; a realização das atividades educativas aos 100% dos usuários enquanto a prática regular de atividade física, orientação nutricional alimentação e orientações sobre o risco do tabagismo. Ainda temos que trabalhar sobre as necessidades de atendimento odontológico e orientações de higiene bucal as quais estão por debaixo das metas desejadas.

Os resultados alcançados com o trabalho foram muito importantes para a atenção à saúde, comunidade e principalmente para os usuários, com melhorias na qualidade de vida e consequente redução das possibilidades de complicações devido às doenças. Houve mudanças no processo de trabalho e as ações da intervenção se encontram inseridas na rotina de trabalho da UBS da nossa área de atuação. Aumentou também a conscientização da população sobre a prevenção e importância de adotar hábitos saudáveis de vida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Na ultima semana do curso, lembro que quando comecei foi complicado, já que nunca havia realizado cursos na internet, pois minha formação como medico sempre foi assistindo aulas com professores, também a mudança do espanhol pelo português complicou um pouco meu trabalho, fui avançando, estudando cada dia e com a ajuda da minha orientadora que se comportou muito paciente e sempre orientando as coisas que deveria melhorar na hora das atividades. A participação nos fórum do curso e da área clinica me ajudou a conhecer as experiências dos colegas, aprenderem de seus trabalhos. O curso me ensinou sobre a importância do trabalho em equipe, acolhimento, conhecer sobre a estrutura adequada da UBS, o trabalho com programas priorizados e a organização das ações educativas de saúde na população, interagindo com líderes comunitárias e autoridades municipais. As tarefas fizeram que estudasse novamente as diferentes doenças frequentes no meu trabalho. Realmente o curso superou minhas expectativas iniciais e representa uma experiência na minha vida de profissional da saúde, agora me sinto mais preparado no meu trabalho como médico de família e comunidade. Estou muito feliz de viver uma experiência de vida em relação com minha profissão, conhecer novas culturas e ajudar ao povo brasileiro, sobretudo a cidade de Demerval Lobão.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica Caderno da Atenção Básica nº15. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Caderno da Atenção Básica nº16. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação nacional de hipertensão e diabetes. Brasília, DF, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2006.

Apêndices

Apêndice A - Título do Apêndice



A. Conversas com usuários dos programas de HAS e DM.



B. Atendimento a usuários hipertensos.



C. Atendimento a usuários Diabéticos.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																
Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está como exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar a medicação?	Todos os medicamentos estão sendo tomados corretamente?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de ajuste de medicação?	O paciente está de acordo com o protocolo?	Faltou para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	O paciente está com registro de risco cardiovascular por exame clínico esta semana?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre a higiene bucal?
Orientações de preenchimento	Nome	Em anos	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																

Apresentação

Orientações

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

Indicadores

[illegible]

UFPEL

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante